



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto

Edna Janneth Ramírez Bonilla

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Postgrados en enfermería
Bogotá D.C.
Colombia
2012

Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto

Edna Janneth Ramírez Bonilla
Código: 539374

Tesis presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería

Directora
Doctora en enfermería Myriam Patricia Pardo Torres

Línea de Investigación:
Cuidado para la salud materna perinatal

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Postgrados en enfermería
Bogotá D.C.
Colombia
2012

Dedico esta investigación a Dios, mi soporte espiritual, la mano que nunca suelto.

A mi familia, motivo, apoyo y fuerza por la cual sigo adelante.

A Juan Miguel ejemplo de disciplina, dedicación y estudio, ángel guardián que desde el cielo me acompaña.

A la profesora Myriam Patricia Pardo por su ayuda y orientación.

A mis amigos Andrés Camargo, Andrea Ladino, Blanca Merchán y Paola Pérez, bastón y fuerza en los momentos difíciles.

Agradecimientos

Agradezco a la Facultad de Enfermería, Postgrados en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia el brindarme la oportunidad de poder realizar esta maestría, a mi asesora de investigación, profesora Myriam Patricia Pardo Torres, por su tiempo, su dedicación, sus aportes y enseñanzas. A cada una de las participantes de esta investigación por abrir su corazón y regalarme su tiempo y disposición para participar en esta investigación.

A la Doctora Sheryl Tatano Beck por el material bibliográfico aportado para el desarrollo de esta investigación. A la Western Psychological Services por la autorización y asesoría en la utilización del instrumento de Depresión Postparto.

A la Institución de Salud donde se realizó esta investigación por su colaboración ya que puso a disposición sus instalaciones para unas condiciones adecuadas para el desarrollo de la investigación. Al personal asistencial que con su calidez, y buen trato fueron partícipes de este logro.

Resumen

La presente investigación buscó establecer la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión postparto, en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C. Enmarcada dentro de un estudio transversal, con abordaje cuantitativo de correlación, mediante la aplicación de los instrumentos índice de abuso de pareja y la escala sistemática de depresión postparto, en un grupo de 81 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. Una vez obtenidas las puntuaciones de los instrumentos y por medio de la aplicación del coeficiente de correlación de Spearman se logró establecer que 54% de las participantes fue maltratada, 17% presentó abuso físico por su pareja con una correlación positiva de $r=0,549$, 54% presentó abuso no físico con una correlación positiva de $r=0,650,33\%$ de las participantes de la investigación presentó sintomatología depresiva en el postparto, siendo la labilidad emocional $r=0,683$, la ansiedad e inseguridad $r=0,581$ y la confusión mental $r=0,560$ las dimensiones más afectadas. Se encontró una correlación positiva entre depresión postparto y la violencia de pareja con un valor de $r=0,738$. La realización de esta investigación enfatiza en la importancia en la detección temprana de la depresión posparto, para una oportuna intervención. Establece el tipo de maltrato (físico o no físico), la gravedad del maltrato y las dimensiones más afectadas en la mujer con sintomatología depresiva en el postparto. Invita además al desarrollo de actividades desde la academia para el conocimiento, estudio, divulgación, de estas situaciones que afectan la salud de la mujer en la etapa perinatal, y al planteamiento de propuestas de intervención desde enfermería para las instituciones de salud.

Palabras clave: Depresión postparto, violencia de pareja.

Abstract

The present study sought to establish the relationship between intimate partner violence against women and the development of postpartum depression, postpartum in a group of a servicing institution health of Bogotá D.C. Framed within a cross-sectional study with a quantitative approach correlation by applying index instruments partner abuse and systematic scale postpartum depression in a group of 81 postpartum women who met the inclusion criteria for the study. Once obtained scores and instruments through the application of the Spearman correlation coefficient it was established that 54% of

participants was abused, 17% were physically abused by a partner with a positive correlation of $r = 0.549$, 54 % nonphysical abuse presented with a positive correlation of $r = 0.650$, 33% of research participants presented in postpartum depressive symptoms, emotional lability being $r = 0.683$, anxiety and insecurity $r = 0.581$ and $r =$ mental confusion most affected dimensions 0.560. We found a positive correlation between postpartum depression and intimate partner violence with a value of $r = 0.738$. Conducting this research emphasizes the importance of early detection of postpartum depression, for timely intervention. Sets the type of abuse (physical or non-physical), the severity of abuse and the dimensions most affected in women with depressive symptoms in the postpartum. Invites the development of activities from the academy to the knowledge, study, dissemination of these situations that affect the health of women in the perinatal period, and the proposed approach to nursing intervention from health institutions.

Keywords: Postpartum depresión, spouse abuse.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIV
Lista de gráficos	XV
Lista de tablas	XVII
Lista de abreviaturas	XVIII
Introducción	1
1. Marco de Referencia	5
1.1 Tema	5
1.2 Definición del área problema	5
1.3 Planteamiento del problema	20
1.4 Justificación	20
1.5 Objetivos	25
1.5.1 Objetivo general	25
1.5.2 Objetivos específicos	25
1.6 Control semántico	25
1.6.1 Violencia de pareja, abuso de pareja, violencia conyugal	26
1.6.2 Abuso físico	26
1.6.3 Abuso no físico	26
1.6.4 Violencia en el embarazo	27
1.6.5 Depresión posparto	27
2. Marco conceptual	31
2.1 Violencia de pareja, violencia conyugal, abuso conyugal	31
2.1.1 Epidemiología de la violencia contra la mujer en Colombia	37
2.1.2 Perspectivas de estudio de la violencia de pareja contra la mujer	39
2.1.3 Ciclo de la violencia doméstica contra la mujer en la relación de pareja	40
2.1.4 Estereotipos sociales de la violencia de pareja	42
2.1.5 Características que hacen a las mujeres vulnerables a relaciones de maltrato	42
2.1.6 Consecuencias de la violencia de pareja	43
2.1.7 El personal de salud, frente a la violencia de pareja	45
2.1.8 La violencia durante el embarazo	47
2.1.9 Actuaciones a nivel legislativo y sector salud en Colombia para la violencia doméstica contra la mujer	50

2.1.10 Procedimiento ante un evento de violencia	53
2.1.11 Competencias institucionales ante los eventos de violencia	54
2.1.12 Medición del fenómeno violencia	57
2.2 Cambios y ajustes emocionales presentados por la mujer durante la gestación	59
2.2.1 Situaciones de estrés durante el embarazo	60
2.2.2 Apoyo social	60
2.2.3 Conducta paterna	60
2.3 Definición de Depresión postparto	61
2.3.1 Categorías de la depresión posparto	62
2.3.2 Factores involucrados en la depresión postparto	63
2.4 Efectos de la depresión postparto sobre la crianza y el vínculo materno	64
2.5 Aporte de la enfermería para el estudio y abordaje de la Depresión postparto	66
2.6 Predictores o factores de riesgo para la aparición de depresión postparto	68
2.7 Los principales supuestos de Beck	71
2.7.1 Señales de alerta en depresión postparto que deben tenerse en cuenta	71
2.7.2 Medición del fenómeno de depresión postparto	72
2.8 Predictores de depresión post parto	72
3. Diseño de investigación	77
3.1 Tipo de investigación	77
3.2 Planteamiento de hipótesis	78
3.3 Variables	78
3.4 Elementos del diseño	79
3.4.1 Universo	79
3.4.2 Muestra	79
3.4.3 Criterios de inclusión	81
3.4.4 Criterios de exclusión	81
3.4.5 Riesgos del diseño	81
3.5 Momentos de recolección de la muestra	81
3.6 Lugar de recolección de la muestra	81
3.7 Rol del investigador	81
3.8 Instrumentos de recolección de los datos	82
3.8.1 Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja) versión en español	82
3.8.2 Escala de detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (versión en español).	87
3.9 Fases de la investigación	89
3.9.1 Instrumentos	89
3.9.2 Recolección de la información	90
3.9.3 Procesamiento de la información	90
3.9.4 Control de posibles riesgos en la recolección de la información	92
3.10 Consideraciones éticas de la investigación	94
3.10.1 Principios éticos	97
3.10.2 Categoría de la investigación	98

4. Resultados	101
4.1 Características sociodemográficas de la muestra de estudio	112
4.2 Violencia de pareja	113
4.2.1 Subescala abuso físico	115
4.2.2 Subescala abuso no físico	115
4.2.3 Coeficientes de correlación de la subescala violencia física y violencia no física y su significancia.	117
4.3 Depresión postparto	117
4.3.1. Dimensiones de la escala de depresión postparto que se encuentran más afectadas en los participantes de la investigación	118
4.4 Relación entre violencia doméstica y depresión postparto	119
4.4.1 Relación entre abuso no físico y depresión postparto	121
4.4.2. Relación entre abuso físico y depresión postparto	122
4.5 Relación entre violencia de pareja y cada una de las Dimensiones de la depresión postparto	124
4.5.1 Relación entre la violencia de pareja y los trastornos del sueño y alimentación	124
4.5.2 Relación entre la violencia de pareja y la ansiedad e inseguridad	125
4.5.3 Relación entre la violencia de pareja y la labilidad emocional	126
4.5.4 Relación entre la violencia de pareja y la confusión mental	127
4.5.5 Relación entre la violencia de pareja y la pérdida de sí misma	128
4.5.6 Relación entre la violencia de pareja y la culpa y la vergüenza	129
4.5.7 Relación entre la violencia de pareja y las ideas suicidas	130
5. Discusión	133
6. Conclusiones y Recomendaciones	139
6.1 Conclusiones	139
6.2 Recomendaciones	142
8. Limitaciones del estudio	144
Anexos	145
Bibliografía	157

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Mapa conceptual clasificación de la violencia.	33
Figura 2 Modelo ecológico asociado a los factores asociados a la violencia Infringida por la pareja.	34
Figura 3 Modelo que sirve para explicar cómo los aspectos de poder y control perpetúan el maltrato.	37
Figura 4. Ciclo de violencia en la pareja.	41

Lista de gráficos	Pág
Grafico 1. Distribución por edad de las participantes de la investigación.	101
Grafico 2. Distribución del estado civil de las participantes de la investigación.	103
Grafico 3. Distribución del tiempo de convivencia de las participantes de la investigación	105
Grafico 4 .Distribución de la escolaridad de las participantes de la investigación.	105
Grafico 5. Distribución de la ocupación de las participantes de la investigación.	107
Grafico 6. Distribución del tipo de afiliación de las participantes de la investigación.	108
Grafico 7. Consumo de medicamentos de las participantes de la investigación.	109
Grafico 8. Embarazo planeado/deseado en las participantes de la investigación.	110
Grafico 9. Hijos de las parejas de las participantes de la investigación.	111
Grafica 10. Apoyo recibido durante la gestación.	112
Grafico 11. Clasificación de las participantes de la investigación como maltratadas y no maltratadas, teniendo en cuenta los puntos de corte del Index of Spouse Abuse.	113
Grafico 12. Frecuencia del maltrato de las participantes de la investigación teniendo en cuenta la escala de puntuación del Index of Spouse Abuse..	114
Grafico 13. Frecuencia del abuso físico dentro del grupo de participantes de la investigación.	115
Grafico 14. Frecuencia del abuso no físico dentro del grupo de las participantes de la investigación.	116

Grafico 15. Frecuencia de Adaptación normal, síntomas de depresión y depresión de las participantes de la investigación.	117
Grafico 16. Relación entre la violencia de pareja y la depresión posparto.	118
Grafico 17. Relación entre el abuso no físico y la depresión posparto	119
Grafico 18. Relación entre el abuso físico y la depresión posparto	120
Grafico 19. Relación entre violencia de pareja y los trastornos del sueño y alimentación.	122
Grafico 20. Relación entre la violencia de pareja y la ansiedad e inseguridad.	124
Grafico 21. Relación entre la violencia de pareja y la labilidad emocional.	125
Grafico 22. Relación entre la violencia de pareja y la confusión mental	126
Grafico 23. Relación entre la violencia de pareja y la pérdida de sí misma	128
Grafico 24. Relación entre la violencia de pareja y la culpa y la vergüenza	129
Grafico 25. Relación entre la violencia de pareja y las ideas suicidas.	130

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres.	44
Tabla 2. Leyes de protección en Colombia para la mujer contra la violencia.	52
Tabla 3. Elementos que conforman el cálculo del tamaño muestral	80
Tabla 4. Valor ponderal y orden del rango para violencia física de cada uno de los ítems del index of Spouse Abuse (ISA) versión en español.	84
Tabla 5 . Distribución de las puntuaciones de la escala para cada una de las de lassubescalas del instrumento Index of Spouse Abuse (versión en español).	86
Tabla 6. Confiabilidad por dimensiones de la Escala Sistemática del instrumento Postpartum depresión screening Scale, en su versión original y versión en español.	89
Tabla 7. Riesgos en la recolección de la información e intervenciones.	91
Tabla 8. Coeficiente de correlación de Spearman y significancia de la violencia física y la violencia no física.	116
Tabla 9. Dimensiones de la escala Post partum depression screening scale que se Encuetnas más afectadas en las participantes	128
Tabla 10. Coeficiente de Spearman y su significancia en cada una de las dimensiones de depresión postparto en su versión original (2001) y su versión en español (2003).	132

Lista abreviaturas

PDSS: Postpartum depression screening scale.

ISA: Index of spouse Abuse.

IPS: Institución prestadora de servicios de salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

VP: Valor Ponderal

PF: Puntuación final

Introducción

La maternidad constituye un evento natural en el que la mujer no sólo experimenta cambios en su cuerpo, también están presentes una serie de sentimientos y emociones.¹ No todas las mujeres experimentan el mismo entusiasmo frente a la llegada de su hijo, ni el curso de las gestaciones en una misma mujer son iguales, en ello influyen distintas circunstancias como el anhelo de tener un hijo, la aceptación del embarazo y afecto por parte de la pareja, el tipo de apoyo con el que cuenta, la capacidad para compartir y afrontar temores, angustias, necesidades, frente a la atención y cuidado de su recién nacido, la personalidad de la gestante, las preocupaciones por problemas familiares o económicos, el cambio en la imagen corporal y la pérdida de la independencia, del trabajo, si es su primera gestación entre otros.²

Para Deutsch, el desarrollo armonioso del embarazo presupone muchos factores entre otros una madurez bien definida de la embarazada, una cantidad suficiente de salud psíquica y física, buenas condiciones ambientales, maritales familiares económicas y sociales.³

Socialmente existe la tendencia a tener altas expectativas sobre la maternidad y asumir que la madre es capaz de hacer frente al cuidado de su hijo, de forma “natural, fácil y satisfactoria”, ante cualquier circunstancia.⁴

Sin embargo existen condiciones socioculturales que amenazan y afectan la calidad del embarazo y la salud de las gestantes, una de ellas es la violencia de pareja, ya que ocasiona daño físico y/o psicológico a la madre y puede llegar a afectar el bienestar fetal⁵, este tipo de violencia es el menos reconocido públicamente, pues se oculta en el núcleo familiar, aunque se encuentra en todas las clases sociales. Este tipo de violencia,

1 BADINTER, Elizabeth. ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX. Paidós. Barcelona, 1991. p. 193-194.

2 MOLINA, María Elisa. Transformaciones Históricas Culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. En: Psykhe. Noviembre, 2006, vol. 15, no.2. p. 93-103.

3 DEUTSCH, H. La psicología de la mujer. Buenos aires: Losada. 1973. citado por GUTIÉRREZ, Maggi, et al. En La atmósfera psíquica y los vínculos significativos de las madres adolescentes gestantes y lactantes de bajo estrato socio-económico. Implicaciones sobre el desarrollo psíquico. Revista latinoamericana Ciencia, sociedad, niñez. 2007, vol. 5, no. 1. p. 9.

4 SALETTI CUESTA, Lorena. Propuestas teóricas Feministas en relación al concepto de maternidad. En: Clepsydra 7. Enero, 2008. p. 169 – 183.

5 KRUNG, Etienne G, et al. World report on violence and health. WorldHealthOrganization. Geneva. 2002. Cap. 4. p. 87-113.

es utilizada con el fin de intimidar psicológicamente o anular física, moral e intelectualmente a la mujer.⁶ Este tipo de violencia ejercida durante el embarazo se asocia a una serie de complicaciones físicas y psicológicas.⁷⁸⁹¹⁰¹¹

Se ha identificado un mayor riesgo de presentar depresión en las mujeres que han experimentado graves complicaciones a lo largo del embarazo, entre ellas, exposición a violencia doméstica, inadecuado apoyo social, condición marital inestable o relaciones matrimoniales de mala calidad, bajo nivel socioeconómico, nivel educativo bajo o embarazos no deseados, y en aquellas situaciones en que la mujer basa su autoestima en la relación que establece con los demás y esta le resulta poco asertiva.¹²¹³

La mujer puede llegar a experimentar poco interés por el cuidado de su salud y la de su hijo, con una disminución de la empatía y sensibilidad como madre ante las manifestaciones de su hijo, con consecuencias sobre la crianza, debidas a que la mujer no experimenta un sentido de armonía, satisfacción, gratificación, competencia, confianza, realización y unión con su hijo (rol maternal),¹⁴¹⁵ con secuelas a nivel cognitivo, emocional y psicológico, para este a largo plazo.¹⁶

Por lo expuesto anteriormente la violencia de pareja es una amenaza y constituye una situación que predispone a la mujer a complicaciones en el puerperio, con efectos devastadores que puede generar, entre otros la aparición de depresión posparto, afectando negativamente, no sólo a la madre, sino también a su hijo y a otros miembros de la familia.

6McFARLANE Judith, et al. Abuse during Pregnancy. En: Journal of the American Medical Association. Junio, 1992, vol. 267, no. 23. p. 3176-3178.

7 BLANCO PRIETO, Pilar; RUIZ JARABO, Consuelo; y GARCÍA DE VINUESA, Leonor. La Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres. En: Gaceta Sanitaria. Barcelona. Mayo, 2004, vol. 18. supl. 1. p. 182-188.

8 RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO, Pilar y VIVES CASES, Carmen. Violencia contra la Mujer en la pareja, determinantes y respuestas socio sanitarias. En: Gaceta sanitaria. Mayo, 2004, vol. 18. supl. 2. p. 4-12.

9 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C, 2003. p. 95-124.

10 VALDIVIA, Mazurella y MOLINA, Martha. Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 2003, vol. 12, no. 2. p. 85-109.

11 MC FARLANE, Judith; PARKER, Bárbara y SOEKEN, Kristen. Abuse during pregnancy: association with maternal health, and infant birth weight. En: Nurse Research 1996, vol. 45, no. 1. p. 37-42.

12 MEZEY, Gillian, et al. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of child bearing women. En: International Journal of Obstetrics and Gynecology. February, 2005, vol. 112. p. 197-204.

13 CANAVAL, Gladys Eugenia, et al. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. En: Colombia médica. 2000, vol 3. p. 4-10.

14 JADRESIC M, Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. En: Revista chilena de neuro psiquiatría. 2010, vol. 48, no. 4. p. 269-278.

15 MEIGHAN, Molly. Capítulo 27. Ramona Mercer: Adopción del rol maternal-convertirse en madre. En: MARRINER TOMEY, A y ALLIGOOG, M. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. España. Elsevier Mosby, 2007. p. 609-625.

16 MEIGHAN, Molly. Ibid. p. 612-615.

Ante esta situación planteó la siguiente investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el posparto en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C.

Con el propósito de dar respuesta a este objetivo, se realizó un estudio de correlación por medio de una medición en el puerperio, en un grupo de 81 mujeres de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., por medio de la utilización del Índice de violencia en pareja,^{17,18} y la escala de detección sistemática de la depresión posparto versión en español,¹⁹ instrumentos específicos y validados, que orientan la explicación y detección oportuna de estas situaciones.

Además se contó con una nueva perspectiva teórica de enfermería cuya propuesta ha tenido poca divulgación, y que constituye un aporte para enfermería: “La teoría de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck”²⁰ que se focaliza en los trastornos del ánimo en el posparto, teoría de mediano rango, que busca llegar a la comprensión, análisis y contextualización de la causalidad de la depresión posparto.

Esta investigación constituye un aporte para enfermería porque amplía el conocimiento sobre la salud mental de la mujer en la etapa prenatal y en el periodo posparto, con el fin de detectar oportunamente posibles complicaciones, así como conocer herramientas para planificar intervenciones encaminadas a la prevención, reducción de complicaciones en la madre, lo que aunado a la sensibilidad y habilidad de la enfermera para detectar y valorar este tipo de conductas, resulta en una mejor calidad de cuidado materno perinatal.

La novedad de esta investigación radica en que se profundiza en el estudio de unas de las problemáticas sociales de actualidad, que se han venido incrementando como lo son la violencia de pareja contra la mujer (catalogada como un problema de salud pública), y la repercusión de la misma en la salud materna cuando esta ocurre en el embarazo, favoreciendo la aparición de depresión en el posparto, con consecuencias que se han divulgado a través de los medios de comunicación con noticias que relacionan muertes o lesiones de las gestantes y/o su hijo por nacer, y daños infringidos a los niños o niñas por sus propias madres.

La relación violencia doméstica – depresión posparto, se encuentra bien documentada a nivel mundial, sin embargo en Colombia hay investigaciones, que estudian los dos fenómenos por separado y sus secuelas en las mujeres durante el puerperio.

Mediante este estudio de correlación a un grupo de mujeres durante el puerperio atendidas en una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá

17 HUDSON, Walter y MCINTOSH, Sally Raw. Index of spouse Abuse (ISA): Two quantifiable dimensions. En: Journal of Marriage and the family. November, 1981, vol.43, no.4. p.873-885.

18 RUÍZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española del instrumento index of spouse abuse (índice de abuso de pareja) . Unidad de apoyo a la investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública, para el Observatorio de la salud de la mujer. España, 2007. p. 3-41.

19 BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish versión. En: Nursing Research. September-October, 2003, vol. 52, no. 5. p. 1-8.

20 MAEVE, M Katherine. Capítulo 34. Cheryl Tatano Beck: Teoría de la depresión posparto. En: MARRINER TOMEY, A y ALLIGOOD, M R. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Elsevier Mosby. España, 2007. p. 747-765.

D.C. se buscó establecer primero, si la violencia de pareja afectó a las mujeres; que tipo de violencia las afectó y cuáles dimensiones se vieron afectadas durante el puerperio favoreciendo la aparición de depresión en el posparto y por último conocer cuál fue el comportamiento de la relación violencia doméstica – depresión posparto en mujeres participantes.

El documento presentado a continuación está constituido por ocho capítulos, el primer capítulo presenta el marco referencial, compuesto por el área temática, la justificación, el problema, los objetivos, las variables, las hipótesis y los supuestos teóricos que guían el planteamiento de los fenómenos de estudio contemplados en el desarrollo del marco teórico.

El segundo capítulo está conformado por el marco conceptual que incluye la definición de los conceptos básicos utilizados en el estudio, organizados de tal manera que sean fáciles de comunicar a los demás, basados en una amplia variedad de investigaciones las que muestran una panorámica de los fenómenos estudiados, violencia de pareja y depresión en el posparto.

El tercer capítulo lo constituye el diseño de investigación el cual presenta el plan general utilizado para llegar a las respuestas de los interrogantes, la forma como se comprobó la hipótesis de la investigación, y se exponen las estrategias básicas para generar información exacta e interpretable, aportando las características de los instrumentos utilizados para la realización de la investigación. Incluye los aspectos éticos de la investigación, tanto por el tema elegido como por el método seguido, y la forma de obtención del consentimiento informado y el respeto por los derechos de autor de los instrumentos utilizados en la investigación.

El cuarto capítulo describe el proceso estadístico para el análisis de la información, los resultados obtenidos, la asociación entre variables y detalla la interpretación de estos datos.

El quinto capítulo corresponde a la discusión de los resultados obtenidos, contrastados con la evidencia hasta la fecha encontrada y las posturas de la investigadora.

El sexto capítulo corresponde a las conclusiones a partir del logro de los objetivos planteados.

El séptimo muestra las recomendaciones del estudio para la disciplina en su práctica investigativa, clínica y para la sociedad.

Y por último el capítulo ocho muestra las limitaciones del estudio, los anexos, y la bibliografía.

Marco de Referencia

1.1 Tema

Relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el posparto. En un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.

1.2 Definición del área problema

La violencia contra la mujer es una situación que se presenta a diario en todos los países, clases sociales, y culturas. Este fenómeno ha sido abordado desde los años 70 y 80, en comités y asambleas destinadas al análisis de la violencia que afecta a la mujer, y la violencia contra la mujer en el seno de la familia²¹. De ahí que en diciembre de 1993, la Asamblea general de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres²². En 1994 la Organización Panamericana de la Salud, realizó una revisión de 26 trabajos de 20 países, donde encontró que el rango de violencia doméstica, está entre 20 y 75% de mujeres violentadas, con grandes diferencias por país y tipo de población estudiada (en área urbana y rural)²⁴. En 1995 la Organización de Naciones Unidas, establece entre sus objetivos estratégicos la lucha por la violencia contra las mujeres²⁵. En 1996 la Organización Mundial de la Salud en la 49ª. Asamblea Mundial de la salud, mediante la resolución 49.25 declara la violencia contra la mujer como un problema de salud pública²⁶

21 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (18 de diciembre de 1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. p.1-13.

22 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (20 de diciembre de 1993). Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer. p.1-5.

23 KRUNG, Etienne, et al. Op.cit., p.88.

24 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de salud de la mujer de la OMS. Violencia contra la mujer. Cap. 2. Violencia contra la mujer en las familias. Junio, 1998. p.9-10.

25 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. Septiembre 4 al 15. 1995. p.51.

26 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución 49.25, (Mayo 25 de 1996). 49ª Asamblea Mundial de la Salud. Sexta sesión plenaria sobre prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. p.1-2.

En el mundo, la violencia intrafamiliar es un evento presente en la cotidianidad de las comunidades, y dentro de esta, la violencia contra la mujer es un importante tema de salud de la mujer y derechos humanos. Estudios realizados muestran que por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida, en muchos casos, incluyendo las mujeres embarazadas son objeto de ataques que ponen en riesgo su integridad, las 50 encuestas poblacionales realizadas en los últimos años a nivel mundial muestran que, la prevalencia de mujeres sometidas a violencia física por sus parejas en algún momento de sus vidas, es del 10 al 69% a nivel mundial, y del 18 a 58% en Países Europeos.²⁷²⁸²⁹ En España, en enero de 2003 se presentaron un total de 2.519 denuncias por violencia contra la mujer y se reportaron 69 mujeres muertas por esta causa.³⁰

En América por su parte, tenemos que Estados Unidos reporta 4 a 6 millones de mujeres maltratadas anualmente, y sólo una de cada cuatro mujeres reconoce haber sido maltratada y una de cada tres haber sido amenazada³¹. En Chile, las cifras muestran que 50,3 % de las mujeres del área metropolitana, han sufrido algún tipo de violencia frente a 47,1% en el área rural³²³³³⁴

Por su parte México, reportó 4773 denuncias por violación en año y medio, y 922 homicidios dolosos contra mujeres entre enero de 2005 y agosto de 2010. De los 922 homicidios dolosos en mujeres, se desconoce el homicida en 56.72% de los crímenes y el 35.47% de los casos el asesinato fue cometido por una persona conocida (pareja, familiar o vecino).³⁵ Por su parte la encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres del año 2003, indicó que el 5,3% de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida y de estas, el 48,6% sufrieron maltrato antes y durante alguno de sus embarazos. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que

27 HEISE, Lori; ELLISBERG, Mary y GOTTEMOELLER, Megan. Ending violence against women. Population reports. John Hopkins University school of public health. En: Issues in world Health. December, 1999. Series L, no. 11, vol. 27, no. 4. p. 8-38.

28 GLASS, Nancy, et al. Capítulo 23: Ending violence against women. Essential to global health and human rights. En: PARKER, Richard y SOMMER, Marni. Routhledge handbook in global public health. New York. Routhledge. 2011. p. 236-242.

29 UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Centro de investigación innocent. La violencia Doméstica Contra mujeres y niñas. no. 6. p. 30.

30 RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO, Pilar y VIVES CASES, Carmen. Op. cit., p. 4-12.

31 FISWICK, Nancy; PARKER, Barbara y CAMBELL, Jacquelyn. Capítulo 39. Asistencia de los supervivientes de maltrato y violencia. En: STUART, Gail W y LARAIA Michelle T. Enfermería Psiquiátrica: Principios y práctica., Octava edición. Madrid. Elsevier – Mosby, 2006 p. 809.

32 GOBIERNO DE CHILE SERNAM: Detección, análisis y Prevalencia de la violencia intrafamiliar en la región de los lagos. En: Documento de trabajo. Chile. Enero, 2009, no 106. p 1-10.

33 PROVOSTE, Patricia. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile. Naciones Unidas. CEPAL seriemujer y desarrollo. Chile. Abril, 2007, no 85 p. 40.

34 SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER CHILE. Centro de análisis de políticas públicas de la Universidad de Chile. Detección y análisis de la violencia intrafamiliar en la región Metropolitana y la Araucaria. Santiago de Chile. 2002, p. 3-45.

35 CACHO, Lydia. El estado de México: Femicidios ignorados. 12 enero, 2011. p. 1.

en México el 19% de las mujeres embarazadas sufren violencia, ya sea de forma aislada o recurrente³⁶.

En el Perú el Banco Interamericano de desarrollo, realizó un estudio que mostró que de las denuncias recibidas 76,5% están relacionadas con mujeres que son maltratadas por sus maridos³⁷. En Jamaica se reporta que 40% de los homicidios se presentan en el seno del hogar, en Argentina una de cinco parejas son víctimas de la violencia doméstica, en 42% de casos de mujeres asesinadas, está involucrada su pareja y 37% de las mujeres argentinas maltratadas, llevan soportando este tipo de abuso por más de 20 años³⁸. Colombia por supuesto, no está exenta del fenómeno de la violencia de pareja. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informa que entre el 2004 - 2008, 6603 mujeres murieron y de estas 437 muertes ocurridas en el contexto de la violencia intrafamiliar y del 71,6% de los casos se conoce que el presunto agresor era la pareja o ex pareja^{39,40}. Ese mismo quinquenio 2004-2008, muestra que en Colombia 206.735 mujeres fueron víctimas de violencia (90% del total de los casos, la mayoría entre 20 y 34 años (62%), la agresión en 75 % de los casos fueron ocasionados por el esposo o compañero permanente.^{41,42} En Bogotá, 2407 personas acudieron para ser examinadas por violencia de pareja. En 2007, se reportaron 77.745 casos de violencia intrafamiliar correspondientes a 89.025 años de vida saludables (AVISA), relacionados con pérdida por violencia de pareja.⁴³

En el año 2008, estas cifras continuaron en ascenso de manera preocupante. 57.495 Casos de violencia intrafamiliar,⁴⁴ de estos 11.993 (67%) corresponde a violencia de pareja lo que constituye 105.069 años de vida saludables perdidos (AVISA) es de anotar que la mayor parte de los casos ocurre en el rango de edad de 25 a 29 años (23,4%), en

36 PÉREZ RODRÍGUEZ, María del Rosario; LÓPEZ NAVARRETE, Gloria Elena y LEÓN LÓPEZ, Araceli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. En: Acta Pediátrica de México. 2008, vol. 29, no. 5, p. 268.

37 VAIZ BONIFAZ, Rosa G y SPANO NAKANO, Ana Marcia. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja: perspectivas de la mujer maltratada. En: Revista latinoamericana enfermagen. Marzo- abril, 2004, vol. 12, número especial, p. 433-438.

38 PONTECORVO, Carla, et al. Violencia doméstica contra la Mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. En: Fundación Revista Medicina. Buenos Aires. Noviembre-diciembre, 2004, vol. 64, no 6, p. 492-496.

39 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2007. En: Forensis 2007: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2008. p. 100-138.

40 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Primer informe sobre violencia, con perspectiva de género. Una contribución para visibilizar el problema de la violencia contra las mujeres en el país. Forensis Masatugó. 2004-2008. En: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. Enero, 2009, p. 1-15.

41 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2007. Op. cit., p. 7.

42 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Primer informe sobre violencia, con perspectiva de género. Op. cit., p. 12.

43 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2007. Op. cit., p. 7.

44 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2008. En: Forensis 2008: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2009. p. 107-150.

mujeres con estudios secundarios completos (15.546) y los hechos se registraron principalmente en la vivienda, donde el principal mecanismo de agresión fueron los golpes (41.448) casos, y el principal agresor el esposo o compañero permanente.⁴⁵ Las principales razones para dicha violencia fueron la intolerancia (23,7%), los celos (16,9 %) y el alcoholismo (11,2%)⁴⁶. En el año 2009 las cifras continuaron en aumento encontrando, 61.139 casos de mujeres maltratadas por su pareja (88%), dentro del rango de edad de 20-29 años, siendo el principal agresor el novio, y el mecanismo de agresión principal continuaron siendo los golpes (6862) casos, las más afectadas mujeres con estudios primarios y secundarios, siendo el lugar para dicha violencia la vivienda con 11.239 casos⁴⁷.

Para el año 2010, los datos arrojados por la Encuesta Nacional aunque presentaron una disminución porcentual en las cifras, resultaron poco alentadoras 57.875 casos de violencia de pareja (64%), dentro del rango de edad de 25-29 años (17,7%), y 20 a 24 años (17,2%), en mujeres con algún tipo de remuneración económica (57%), continuando con los golpes como mecanismo de agresión (83%) y siendo la vivienda el sitio donde más se llevaba a cabo el maltrato con (9957) casos⁴⁸. Preliminarmente a diciembre de 2011, ya se encontraban reportados 49.949 casos de violencia de pareja, de los cuales correspondían a 11.282, dentro del grupo de mujeres con edades entre los 25 a 29 años y 10.933 casos entre los 20-24 años⁴⁹.

Al revisar los datos de la encuesta nacional de demografía y salud 2010, hubo un incremento en las parejas que viven en unión libre, con un 33%, con una disminución en las uniones formales, y aunque medicina legal reportó más cifras de violencia física, la encuesta nacional de demografía reportó en un 65% haber sido presionadas psicológicamente, por la pareja, con una disminución de la violencia física en un 37%. caracterizada por golpes, empujones, patadas y violación.⁵⁰

45 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2008. Ibíd., p.22.

46 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2008. Ibíd., p.23.

47 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia, 2009. Niños, niñas, adolescentes y mujeres las víctimas de la violencia intrafamiliar. En: Forensis 2009: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2010. p112-158.

48 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Descripción del comportamiento de la violencia intrafamiliar Colombia 2010. En: Forensis 2010: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2011. p100-153.

49 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES. Boletín estadístico mensual. Centro de referencia nacional sobre violencia: Violencia intrafamiliar. Centro de referencia nacional sobre violencia. En: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Diciembre de 2011. Bogotá. Enero, 2012, p.10- 13.

50 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C. 2010. Capítulo 13: Violencia contra las mujeres. p.361-398.

Otro dato significativo para esta investigación es que la violencia sexual no ocurre solamente al interior del hogar, el 18 % de las mujeres manifestaron haber sido violadas por ex marido, ex novio o ex amante⁵¹.

Estas cifras evidencian una vez más la complejidad de la violencia de pareja y los aspectos culturales, económicos, educativos, y de estructura familiar; que la agravan, encontrado que el agresor busca cada vez hacer más daño. Esta violencia puede ser infringida por la pareja actual, (esposo, compañero permanente, novio, amante), y por las parejas anteriores de la víctima (ex esposo, ex amante, ex novio), con las correspondientes repercusiones para la salud, y pérdida de años de vida saludable, ya que como observa las cifras la violencia de pareja se presentan en un alto porcentaje dentro de la edad reproductiva de la mujer, lo que lleva a un deterioro de su desarrollo personal, emocional, psíquico y físico.

Las consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer, son muy amplias e influyen en aspectos de su vida, su salud, la de sus hijos, y personas de su entorno⁵². Un número cada vez mayor de autores refieren en sus textos los efectos negativos a corto y largo plazo de la violencia de pareja contra la mujer son estos.⁵³⁵⁴⁵⁵⁵⁶

1. De carácter psicológico y de conducta: depresión, ansiedad, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, vergüenza, trastornos psicósomáticos, crisis de pánico, fobias, conductas sexuales de riesgo (sin protección), trastornos de alimentación (anorexia o bulimia), trastornos de estrés postraumático, abuso de alcohol, drogas, tabaco, escaso cuidado personal.⁵⁷⁵⁸
2. De tipo sexual: disminución de la libido, anorgasmia y falta de autonomía sexual.⁵⁹
3. De tipo reproductivo y ginecológico: violación, maternidad forzada, embarazos de alto riesgo.⁶⁰, enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH, SIDA, abortos y muerte⁶¹

51 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C. 2010. *Ibíd.*, p.370.

52BLANCO, Pilar, et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*. Barcelona. Marzo, 2004, vol.18.supl.1.p.185.

53 CORSI, Jorge. Violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. Documento de apoyo. Fundación Mujeres. Capítulo 6: las consecuencias de la violencia doméstica. p.19.

54 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Consecuencias de la violencia doméstica. *En: Violencia Doméstica*. Ministerio de sanidad y consumo. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Madrid, 2003. Cap. 5. p. 23.

55RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO, Pilar y VIVES CASES, Carmen, Op.cit., p.8.

56 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et al. Op. cit., p.27.

57PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2010.Op. cit., p.369.

58 MATUD AZNAR, María Pilar. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *En: Psicothema*. Universidad de la laguna. 2004, vol.16, no.3, p.397-401.

59RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO, Pilar y VIVES CASES, Carmen, Op.cit., p.18.

60 VALENZUELA PÉREZ, Susana. Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la mujer gestante y su producto. Tesis de Maestría en ciencias médicas. Universidad de Colima. Facultad de medicina. México. Noviembre, 2004, p.5.

4. A nivel físico:⁶²⁶³ lesiones físicas como traumatismos, fracturas, heridas, quemaduras, contusiones, hemorragias, hematomas, cortes, infecciones de vías urinarias a repetición, dolores pélvicos crónicos, dolores crónicos, cansancio, hipertensión, cefalea, síndrome de colon irritable, funcionamiento físico reducido, mialgias, problemas gastrointestinales y dispepsias.

Con respecto a los efectos sociales tenemos que, la violencia doméstica contra la mujer cobra uno de cada 5 días de vida saludable entre las mujeres en edad reproductiva así como también lesiones físicas y psicológicas irreversibles con incremento en los costos derivados de la atención en salud.⁶⁴⁶⁵

Las mujeres víctimas de violencia, disminuyen su aporte a la sociedad y reducen la realización de su potencial.⁶⁶

A pesar de la situación de violencia que se presenta, la encuesta de demografía y salud 2010, refiere que la cifra porcentual solo aumento en dos puntos (23%), con relación al 2005, de consulta a los servicios de salud de las mujeres víctimas de agresiones físicas, para recibir tratamiento e información, fenómeno que se atribuye al desconocimiento de los derechos, por parte de la mujer y al temor a la intimidación, situación que dificulta su evaluación.⁶⁷

Para el 2010, A través de la bibliografía revisada se puede ver como las mujeres no realizan las denuncias correspondientes de situaciones de maltrato, y una serie de razones que las mujeres utilizan para no denunciar el maltrato de su pareja: por miedo a represalias o abandono, vergüenza e incredulidad hacia la justicia, guardan afecto hacia su pareja, consideran que pueden manejar la situación, que no es tan grave como para denunciar o piensan que la situación no se volverá a repetir revistiendo más gravedad cuando consideran que merecen el maltrato, o que este forma parte de su diario vivir. Además una de cada diez mujeres desconoce dónde acudir a hacer la denuncia correspondiente.⁶⁸

61 RUIZ PÉREZ, Isabel. Módulo 3.Violencia contra la mujer y salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de formación de formadores en perspectiva de género en salud.p.1-20.

62RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO,Pilar y VIVES CASES,Carmen.Op.cit.,p.7.

63 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Op. cit., p. 23.

64 LÓPEZ, Sandra M; GÓMEZ SÁNCHEZ, Pío Iván y ARÉVALO RODRÍGUEZ, Ingrid. Violencia contra la mujer. Análisis en el instituto Materno infantil de Bogotá -Colombia 2005: Estudio de corte transversal. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. Enero-Marzo, 2008, vol. 59, no 1.p.10-19.

65 MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al. La violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Universidad de Antioquia. Hospital San Vicente de Paúl. Investigación y educación en enfermería. Medellín. Marzo, 2001, vol.19, no.1. p.18-25.

66 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Op. cit., p. 23.

67PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2010.Op. cit., p.369.

68PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2010.Op. cit., p.369.

La violencia doméstica contra la mujer se convierte en este sentido, en un factor de riesgo en los diferentes estadios de su ciclo vital, entre ellos, la gestación.⁶⁹ Llama la atención que en la encuesta de demografía y salud, como en muchas otras no se hace una distinción de la violencia doméstica durante la gestación, lo que dificulta tener un dato real de la magnitud del problema.

Es preciso indicar que la violencia doméstica contra la gestante, comenzó a estudiarse a partir de los años setenta, y tomó mayor fuerza en los años ochenta.⁷⁰ En la actualidad es comparable a las complicaciones médicas que son diagnosticadas en las gestantes, por el riesgo que implica para la salud, tanto de la madre como del feto no nacido. A nivel mundial, se ha descrito la ocurrencia de este fenómeno en un amplio rango que se mueve entre 1 y 70 %. Para ilustrar lo anterior, Murphy et. al.,⁷¹ realizaron en meta análisis de ocho estudios cuyos resultados reportan una prevalencia de abuso durante el embarazo entre 5,6 y 16,6%.

Un estudio publicado en México encontró como factores altamente asociados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas, ser soltera, la unión libre, antecedentes de violencia en la infancia, el consumo de bebidas alcohólicas en la pareja y la presencia de factores emocionales⁷².

El riesgo de maltrato aumenta si la gestante es adolescente; situación ratificada con un estudio realizado en Costa Rica,⁷³ en el que de un grupo de 35 mujeres, diez manifestaron que la violencia inició durante el primer trimestre de embarazo, al enterarse el compañero de la situación y de este grupo seis mujeres eran adolescentes y solteras. Dentro de la multicausalidad de la violencia de pareja, contra la mujer el embarazo es visto como un factor que aumenta la posibilidad de agresión, "el esposo o compañero se siente molesto o desplazado por la atención que la mujer presta a su estado, porque no está interesada en tener relaciones sexuales, por los cambios físicos y emocionales de la mujer, pero sobre todo, por las molestias que acompañan la gestación, náuseas, vómitos, cansancio, dolores ante las cuales éste responder de manera agresiva".⁷⁴

69MORALES, C. L y REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Brasil. December, 2002, vol.79, issue 3. p.269-277.

70VALDEZ SANTIAGO, Rosario; ARENAS MONREAL, Luz y HERNÁNDEZ, Isabel. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Enero-febrero, 2004, vol.46, no.1. p.59.

71 MURPHY, Claire, et al. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. Mayo, 2001, vol. 164, no11. p.1567-1572.

72VLADISNAVOVNA SVETLANA, Doubova, et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas de la ciudad de México. Sao Paulo. *Revista Saúde Pública*. Agosto, 2007, vol. 41, no 4. p.582-590.

73NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Washington D.C. Agosto, 2003, vol.14, no.2 .p.75-83.

74 RYNERSON, Bárbara C. Capítulo 8. Violencia contra las mujeres. En: LOWDERMILK, Deitra, et al. *Enfermería materno infantil*. España. Editorial Harcourt-Océano, 2001. p.1272.

En Colombia los estudios que abordan esta problemática son escasos, y los que hay, hacen énfasis en las diversas formas de maltrato y las manifestaciones y/o complicaciones que llevan a que la gestante maltratada consulte a los organismos de salud.⁷⁵

En la búsqueda de la relación que existe entre la violencia doméstica contra la mujer y la aparición de alteraciones en la salud mental de la gestante, la OMS, ha puesto de manifiesto que las mujeres son más susceptibles que los hombres a padecer trastornos mentales específicos, los más comunes son ansiedad, depresión y consumo de sustancias psicoactivas, como consecuencia de la violencia de pareja y sexual.⁷⁶ La depresión y los trastornos de ansiedad, así como el agotamiento psicológico, son más elevados en el caso de las mujeres maltratadas.⁷⁷

Para el abogado Jorge Briceño, vivir en una relación violenta afecta el autoestima de la persona, la participación en la comunidad, incrementa la incapacidad para cuidarse y cuidar de otros, aumenta el riesgo a tener mala salud en el futuro, afecta no solo el funcionamiento físico, el bienestar psíquico, y conlleva a la adopción de comportamientos de riesgo para su salud⁷⁸.

Un estudio realizado por el Banco Mundial, reveló que 30% de los casos de discapacidad y trastornos a las mujeres, se relacionó con depresión.⁷⁹⁸⁰ Las mujeres que viven en condiciones sociales y ambientales adversas, con un bajo nivel de educación y de ingresos, con difíciles relaciones conyugales y familiares son más propensas a padecer trastornos mentales, y a aumentar los niveles de depresión en el embarazo.⁸¹⁸² Núñez Rivas et al, en 2003⁸³ encontraron en un grupo de 118 gestantes, que 35 mujeres fueron víctimas de violencia doméstica, 33 (94,3%) de ellas por su pareja. Diez de ellas manifestaron que las agresiones comenzaron en el primer trimestre del embarazo y continuó durante el mismo. Con porcentajes de abuso psicológico de 86,9%, abuso físico

75 MORENO ROJAS, Alberto. Mujer, Embarazo y Violencia. Síndrome de maltrato en la mujer embarazada. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá D.C. 1996. Cap. 45, vol. 47, no. 2. p.87-91. 2001.

76 VALDEZ SANTIAGO, Rosario y JUÁREZ, Claudia. Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud de las Mujeres: Análisis y perspectivas en México. Citado por: CUEVAS, Sofía, et al. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2006, vol. 48, supl. 2, p. 240.

77 PAEZ CUNA, Lisett. La violencia de género: una sistematización técnico, jurídica. Biblioteca virtual de derecho, economía y ciencias sociales. Universidad de Málaga. 2011, p. 1-70.

78 BRICEÑO MALDONADO, Jorge Luis. Violencia familiar: violencia física y psicológica, problemas, consecuencias y soluciones. p. 1-4.

79 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Informe compendiado. Fundación Victoria y universidad de Melbourne. Ginebra. 2004, p. 28-46.

80 BANCO MUNDIAL. Conclusiones foro del día internacional para la eliminación de violencia contra las mujeres. Noviembre 24 de 2000.

81 LAM, Nelly, et al. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista peruana de epidemiología. Lima. Diciembre, 2008, vol. 12, no. 3, p. 1-8.

82 KRUNG, Etienne, et al. Op. cit., p. 87.

83 NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. Op. cit., p. 77.

60,9% y abuso sexual 52,2%. Las mujeres “no agredidas manifestaron sentirse deprimidas en un 18,0% frente a 57,1% en mujeres agredidas.”⁸⁴

Las consecuencias de la violencia durante el embarazo se encuentran definidas y documentadas.⁸⁵⁸⁶⁸⁷⁸⁸ al respecto Murphy y et al.,⁸⁹ Las clasifican como consecuencias relacionadas con mecanismos directos e indirectos. Resultado de los mecanismos directos, es decir el trauma directo sobre el abdomen de la gestante se menciona el incremento del aborto, los hematomas, parto prematuro, ruptura de membranas, el abrupcio de placenta, la ruptura uterina y en casos graves hasta la muerte fetal o materna.⁹⁰

Dentro de los mecanismos indirectos los mismos autores los relacionan con el medio ambiente adverso al que está expuesta la gestante afectada por la violencia entre los cuales tenemos dependencia al alcohol y drogas, automedicación, bajo nivel socioeconómico, menos ganancia de peso materno, anemia, dieta poco saludable, enfermedades de transmisión sexual y un cuadro de estrés acompañado de síntomas de depresión, ansiedad, angustia, fobias, con tendencia al asilamiento, baja autoestima, todo lo expuesto aunado a la falta de apoyo psicosocial son elementos que se comportan como factores de riesgo al bajo peso al nacer.⁹¹⁹²⁹³⁹⁴

Además de las consecuencias arriba descritas se mencionan otras como el mayor riesgo de parto precipitado, corioamnionitis, complicaciones posparto, situaciones que en su conjunto llevan a considerar éste como un embarazo de alto riesgo, porque además de

84 NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. Op cit., p.79.

85 SARKAR, N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008, vol.28, no 3, p.266-271.

86 SHARP, Phyllis W; LAUGHOM, Kathryn y GIANGRANDE, Sandra. **Intimate Partner Violence and the Childbearing Year Maternal and Infant Health Consequences. Trauma, violence, abuse.** April, 2007, vol 8, no.2. p. 105-18.

87 BOY, Angie y SALIHU, Hamiso M. **Intimate partner violence and birth outcomes: A systematic review.** *International Journal of Fertility women's medicine. Alabama*. 2004. July –August, vol. 49, no.4. p. 159-164.

88 RACHANA, Chibber, et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. June, 2002, vol. 103, no.1. p. 26-29.

89 MURPHY, Claire, et al. Op. cit., p.1571.

90 HEDING, LW Y JANSON, PO. Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. citado por CUEVAS, Sofía, et al. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *En: Salud pública de México*. 2006, vol.48. sup.2. p.240.

91 MURPHY, Claire, et al. Op. cit., p.1571.

92 CUEVAS, Sofía, et al. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Instituto Nacional de Salud Pública. México*. 2006, vol.48. supl.2. p.240.

92 NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. Op.cit., p.77,79.

93 NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. Op.cit., p.78.

94 WEBSTER, J; CHANDLER, J y BATTISTUTTA, D. Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse. Citado por MURPHY, Claire, et al. Op. cit., p.1571.

las lesiones físicas para la madre y el feto está comprometida profundamente la salud mental de las gestantes con signos como la aparición de fatiga constante, apatía, insomnio, tristeza, ansiedad, que pueden continuar y complicarse en el posparto, con situaciones como la depresión posparto.⁹⁵⁹⁶

Un estudio realizado por Maldonado y Feintuch, en Estados Unidos,⁹⁷ encontró en un grupo de mujeres como principales dificultades referidas al embarazo y el puerperio, “la tensión y ansiedad excesivas relacionadas con problemas matrimoniales o violencia doméstica, temor frente al parto, estrés y miedo a maltratar o rechazar al lactante, negación del embarazo, el no aumentar de peso durante el embarazo, la depresión y los diversos síntomas somáticos”⁹⁸.

La depresión posparto es una enfermedad que se presenta en algunas mujeres poco después del embarazo, (entre el primer mes y el año posterior al parto), y que afecta cerca del 15% de las gestantes a nivel mundial, La asociación americana de psiquiatría define la depresión postparto como un “desorden del humor moderado a severo comparable con un episodio depresivo mayor.”⁹⁹ Produciendo síntomas como fatiga, tristeza, sensación de inutilidad, inquietud, menor reactividad emocional, dificultad para el autocuidado, o cuidado del recién nacido, entre otros.¹⁰⁰¹⁰¹¹⁰²¹⁰³¹⁰⁴

En este sentido, factores como antecedentes de pérdida perinatal y/o durante la infancia, maltrato físico, dificultades psicosociales, escasez o ausencia de apoyo emocional del compañero durante el embarazo, pobreza, aislamiento social, edad, ambivalencia sobre el embarazo, enfermedades que acompañan la gestación, generan sentimientos de

95 VALDEZ SANTIAGO, Rosario; ARENAS MONREAL, Luz y HERNÁNDEZ, Isabel. Op.cit., p.59

96 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op cit., p.49.

97 MALDONADO DURAN, Jesús Martín, y FEINTUCH, Margot. Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. En: Revista de Perinatología y Reproducción Humana. Enero-Marzo, 2001, vol. 15, no. 1. p.31-41.

98 MALDONADO DURAN, Jesús Martín, y FEINTUCH, Margot. Ibid., p. 34, 38.

99 QUELOPANA, Ana María y CHAMPION, Jane Dimmitt. Validación del cuestionario postpartumDepressionscreeningscale versión en español en mujeres de Arica, Chile. 2010. Ciencia y enfermería. vol.15.no.1, p. 38.

100 BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 1. The American Journal of Maternal Child Nursing. March-April, 2008, vol.33, no.2. p.121-126.

101 BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 2. The American Journal of Maternal Child Nursing. May-June, 2008, vol. 33, no.3. p.151-156.

102 BECK, Cheryl Tatano. Maternal Depression and child behaviors problems: a meta analysis. Journal Advanced Nursing. 1999, vol.29, no. 3. p.679-678.

103 OREJANEDA SERRANO, Silvia Juliana. Trastornos afectivos posparto. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina. Bucaramanga - Colombia. Julio. 2004. p.135.

104 GÓMEZ AYALA, Adela Emilia. Depresión en el Embarazo y el Postparto: Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. OFFARM. Enero, 2007, vol.26, no.1. p.46-48.

pesimismo, tristeza y sufrimiento, que pueden complicarse con afecciones de salud mental de la mujer, tal es el caso de la depresión postparto.¹⁰⁵¹⁰⁶¹⁰⁷¹⁰⁸

Con relación a la edad, investigaciones con madres adolescentes han puesto de manifiesto crecientes tasas de síntomas depresivos en el puerperio. Una revisión integrativa, realizada sobre 12 artículos de investigación, con el objetivo de ofrecer una mejor comprensión del problema entre las madres adolescentes en el primer año posparto, devela la presencia de más conflictos familiares, menos apoyo social y baja autoestima y unas mayores tasas de síntomas de depresión en las madres adolescentes.¹⁰⁹

Así mismo en Latinoamérica, se han hallado mayores niveles de depresión en las gestantes adolescentes, en estudios realizados en Ecuador¹¹⁰, México¹¹¹¹¹²¹¹³ y Chile.¹¹⁴¹¹⁵

Pero por otra parte la investigación de Maruzella y Molina¹¹⁶ realizaron una comparación entre dos grupos: uno de adolescentes embarazadas madres y el otro un grupo adolescente no madres y encontraron que estas últimas, presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva que las adolescentes madres, contrario a lo que se presumía. En esta misma línea, Hudson et al, realizó un estudio que involucró madres adolescentes

105 LUNA MATOS, Matilde Lena; SALINAS PIELAGO, Joel y LUNA FIGUEROA, Antonio. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno de Lima, Perú. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2009, vol. 26, no. 4. p.310-314.

106 KRUNG, Etienne, et al. Op. cit., p.97-124.

107 GÓMEZ AYALA, Adela Emilia. Op. cit., p.46.

108 CANAVAL, Gladys Eugenia, et al. Op. cit., p.6.

109 REID, Vanessa y MIKKI MEADOWS, Oliver M. Postpartum Depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. Child and family Agency of Southeastern Connecticut, New, London, USA. Journal pediatric Health Care. September –October, 2007, vol.21, no. 5.p. 289-98.

110 GUIJARRO, Susana, et al. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. Journal of Adolescent Health. Ecuador. Agosto, 1999, vol 25, no.2. p. 166-172.

111 MARTINEZ LANZ, Patricia y WAYSEL K, Romano. Depresión en adolescentes embarazadas. En: Enseñanza e investigación en psicología. Universidad Veracruzana de México. Julio-diciembre, 2009, vol.14, no.2.p.261-274.

112 DE CASTRO, Filipa; HINOJOSA AYALA, Nora y HERNANDEZ PRADO Bernardo. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican Adolescents. Journal and psychosomatic obstetrics & gynecology.México. December, 2011, vol. 32, no. 4. p.210- 217.

113 TREJO LUCERO, Humberto, et al. Depresión en Adolescentes que acuden a un hospital Perinatal. En: Revista Mexicana de Pediatría. México. Enero - febrero. 2009, vol.76, no. 1. p. 9-12.

114 JADRESIC, E; NGUYEN, D y HALBREICH, U. What does chilean research tell us about postpartum depression (PPD)?. Citado por WOLFF L, Claudia, et al. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2009, vol.74, no3.p.152.

115 ALVARADO, Rubén, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. En: Revista Chilena de neuro psiquiatría.2000, vol. 38, no.2.p.84-93.

116 VALDIVIA P, Maruzzella y MOLINA S, Martha. Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Santiago. Revista de Psicología de la Universidad de Chile.2003, vol .12, no. 2, p. 102.

y los hallazgos apuntaron a niveles superiores al promedio para depresión en 53% de las menores.¹¹⁷

Los síntomas de depresión posparto que reporta la literatura inician su aparición en el primer mes después del nacimiento y persisten hasta seis semanas después del mismo si no hay intervención adecuada.¹¹⁸ Debido a su multicausalidad se asocian a la aparición de sintomatología depresiva la falta de apoyo social,¹¹⁹¹²⁰ la frustración del proyecto de vida,¹²¹ el embarazo no planificado y la presencia de complicaciones durante la gestación.¹²² Silvia Gaviria, dentro de su investigación encontró siete factores de vulnerabilidad para depresión en las mujeres: "errores metodológicos en la recolección de datos, factores hormonales, factores genéticos, ansiedad persistente, acontecimientos vitales traumáticos, estilos de socialización y de acoplamiento específicos de género, la condición social y roles"¹²³.

Uno de los factores ya establecidos a nivel mundial para aparición de depresión en el posparto, es la violencia de pareja; sin embargo esta relación no ha sido estudiada en nuestro país. Por esta razón se realizó la presente investigación con el fin de establecer la relación entre la violencia de pareja y la aparición de depresión en el posparto, en población Colombiana, la cual fue llevada a cabo en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.

Establecer esta relación es de gran importancia, en la medida que reviste un matiz que involucra el bienestar de la mujer y su hijo, no sólo en los ámbitos biológico y psicológico, sino aquellos aspectos de tipo social que tienen que ver con la calidad de vida de la mujer y su hijo, de acuerdo con lo afirmado por Kitamura y cols¹²⁴ desde el año 1996.

En este sentido y teniendo en cuenta la magnitud del problema de violencia de pareja contra la mujer embarazada se refiere en el estudio de Mac Millan y otros,¹²⁵ que el

117 HUDSON, Diane Brage; ELEK Susan Y CAMPBELL, Grossman. Depresión, self, esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence* 2000, vol. 35, no. 139, p. 445-453.

118 KUMAR, R y ROBSON, K.A prospective study of emotional disorders in child bearing women. Citado por HOWARD, L, et al. Antidepressant prevention of postnatal depression (review). *The Cochrane Collaboration*. Published By John Wiley & Sons, Ltda. Jan. 2009, p. 14.

119 LAM, Nelly; et al. Op. cit., p. 5.

120 CANAVAL, Gladys Eugenia, et al. Op. cit., p. 4-10.

121 MUÑOZ CHEREAU, Bernardita, et al. Una perspectiva integradora de embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2001, vol. 10, p. 21-34.

122 LUNA MATOS, Matilde Lena; SALINAS PIELAGO, Joel y LUNA FIGUEROA, Antonio. Op. cit., p. 311.

123 GAVIRIA A, Silvia Lucía. Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *En: Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009, vol. 38, no. 2, p. 316-324.

124 KIAMURA, T. et al. Op. cit., p. 38.

125 MACMILLAN HL; et al. Approaches screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association*. August, 2006, vol. 296, no. 5, p. 530-536.

maltrato físico en el embarazo pone a la mujer en un riesgo tres veces mayor de muerte por homicidio, el maltrato psicológico aumenta el riesgo de problemas de salud mental.¹²⁶

Así mismo, el estudio de Ying y Chang relaciona la violencia como factor desencadenante de depresión en el puerperio, manifestado en alteraciones relacionadas con adopción de la lactancia materna.¹²⁷ Un estudio de Lam et al.,¹²⁸ muestran una asociación positiva entre la violencia de pareja y la aparición de depresión posparto en mujeres con escasas redes de apoyo social.

Otro estudio realizado por Rodríguez et al., con 210 mujeres latinas que recibían servicios de salud en Los Ángeles – California. Concluyó que existe una asociación entre aquellas mujeres con una historia de trauma o exposición a la violencia del compañero y la depresión posparto.¹²⁹

Un estudio realizado en el Perú, que buscaba determinar la asociación entre la depresión posparto y la violencia basada de género, concluyó que las mujeres víctimas de violencia tenían riesgo elevado de sufrir depresión posparto¹³⁰.

En Colombia por su parte a pesar de que es escasa la evidencia desde las ciencias de la salud y de enfermería, en lo relacionado con el tema, quizá, debido a que la violencia de pareja contra la mujer es mantenida aún en muchos casos en el anonimato, es el caso de un estudio de depresión posparto realizado con madres adolescentes en Bucaramanga, donde el noventa por ciento de las mujeres afirmaron tener una relación conyugal, pero solo una minoría reportó tener dificultades, con su pareja.¹³¹

En otros casos donde los signos tempranos de depresión posparto son rotulados como molestias propias del embarazo, o del puerperio¹³². Preocupan además las altas cifras de maltrato infantil y abandono de los recién nacidos por parte de sus progenitoras, eventos

126Mc FARLANE, J, et al. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for womens health. Citado por RODRIGUEZ, Michael A, et al. Intimate Partner Violence. Depression And PTSD among Pregnant Latina Women. Annals of family medicine. January- February, 2008. Vol.6, no.1, p.44.

127 YING, Lau y CHAN, Kin Sin. Influence of Intimate Partner Violence during pregnancy breastfeeding among chinese women in Hong Kong. Journal & women Health. March, 2007, vol. 52, no. 2, p. 15-20.

128 LAM, Nelly, et al. Op. cit., p. 4-5.

129 RODRIGUEZ, Michael A, et al. Intimate partner violence, depression, and PTSD, among pregnant latina women. Annals of family medicine. January – February, 2008, vol. 6, no. 1, p.44-52.

130ESCOBAR, Juan, et al. Depresión posparto. ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Anales de la Facultad de medicina. Lima, 2009, vol.70, no.2.p.115-118.

131 LATORRE LATORRE, José Fidel et al., La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006, vol. 57, no.3, p. 156-162.

132MORENO ROJAS, Alberto. Op.cit., p.88.

que nos llevan a pensar, si la depresión posparto pueda estar involucrada directamente en este tipo de situaciones.

Según el ICBF, durante el 2008, 176 recién nacidos fueron abandonados en la vía pública y de enero a mayo de 2009 se reportaron 61 casos¹³³. Las cifras reportadas de maltrato infantil fueron de 13.523 casos en el 2008, de los cuales 61% se atribuyen a los padres como responsables.

El Instituto Nacional de Medicina Legal, registró 25 casos de neonaticidio, durante el año 2008, sin contar aquellos en los que no se logró establecer responsables.¹³⁴ Lo más lamentable de esta situación es que los casos de neonaticidio en los que se aclaró el culpable, la autoría de estos crímenes recayó sobre la madre, y como principales causas de este comportamiento, se citan.

- “Los embarazos no deseados, ocultos a los demás, en los que las madres no recibieron ningún tipo de atención.
- Los sentimientos de intolerancia frente al comportamiento o manifestaciones del bebé o rechazo total a su existencia.
- Y los cambios hormonales o psicológicos asociados a la gestación, incluyendo la depresión y los trastornos psicológicos en el posparto”¹³⁵.

En los casos de feticidio, las mujeres en estado de gestación fueron atacadas por su pareja, ocasionando la muerte fetal. Y el filicidio¹³⁶, o muerte de niños de más de un mes, se presentó por causa de peleas de parejas disfuncionales, con antecedentes de alcohol o drogas, o como consecuencia de los problemas que mantenían las mujeres con sus parejas, que terminaron en la muerte de los niños a manos de sus madres, como una forma de venganza¹³⁷¹³⁸¹³⁹¹⁴⁰.

133 EL TIEMPO SECCION JUSTICIA. Casos de madres que matan a sus hijos hay dos veces al mes ¿que las lleva a volverse asesinas? .En: EL TIEMPO.COM. Junio 20 de 2009.Disponible en:<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-5493947>

134 EL TIEMPO SECCION JUSTICIA. Casos de madres que matan a sus hijos hay dos veces al mes ¿que las lleva a volverse asesinas? .Ibíd.

135EL TIEMPO SECCION JUSTICIA. Casos de madres que matan a sus hijos hay dos veces al mes ¿que las lleva a volverse asesinas? .Ibíd.

136KALINSKY, Beatriz. El filicidio: algunos recaudos conceptuales. Nómadas. Revista Crítica de ciencias sociales y jurídicas. Madrid-España. Julio – Diciembre 2007, no. 16, p.10.

137DE LA ESPRIELLA GUERRERO, Ricardo.Filicidio: una revisión.Revista Colombiana de Psiquiatría. Bogotá D.C. Enero – Marzo,2006,vol.35,no.1,p.71-84.

138FIASCARO, María Mercedes.El Filicidio: Un hecho de Violencia Contra la Niñez. V Congreso de psicología jurídica y forense del caribe.Citado por:PALOMAR VEEA,Cristina.Maternidad,historia y cultura. Revista estudios de género.La ventana. México, 2005 ,no.22, p. 57-59.

Realidad inquietante, que nos muestra un aspecto de la situación de la salud materna perinatal en el país, que puede derivar de la violencia doméstica contra la mujer durante la gestación, llevándola a la alteración de su salud mental durante el puerperio.

Para el desarrollo de investigaciones de causalidad, es necesario considerar además, factores que también guardan relación con la posibilidad de aparición de depresión durante la gestación y el puerperio: la ausencia de apoyo social, familiar o de la pareja, trastornos médicos durante el embarazo, enfermedad del neonato, antecedentes de depresión o melancolía, cesárea, bajo nivel educativo.

Sorprende el hecho de que las gestantes demanden la consulta frecuente, por manifestaciones los cuales pueden ser considerados como síntomas “*somáticos*, repetidos e inexplicables.”¹⁴¹¹⁴² Enmascarando un malestar psicológico o emocional, “señales” en ocasiones son desentendidos o no se detecten a tiempo por parte de los profesionales del equipo de salud, entre ellos enfermería, haciendo la respectiva revisión no se encuentran reportados en los informes de cifras de morbilidad y mortalidad materna, Colombiana¹⁴³ y en contraste sí son referenciados en publicaciones extranjeras, como síntomas somáticos, trastornos fisiopatológicos y malestar en las mujeres.¹⁴⁴¹⁴⁵

Existe otra situación que aunada a lo expuesto no facilita la detección precoz de alteraciones en la salud de la madre en el posparto, ni los signos de depresión posparto, y es la relacionada con el tiempo de contacto entre la puérpera y los miembros del equipo de salud, el cual, se ve reducido por el alta precoz para favorecer el vínculo padres-hijo, y la escasez de recurso humano en los servicios de posparto o alojamiento conjunto. Sumado a la comprensión, y prejuicios individuales de esta temática y la evolución de la sintomatología por el equipo de salud.

139 RODRÍGUEZ Y, Claudia. Homicidios de menores a manos de sus madres, ¿Altruismo, sevicia, patología mental o social? Posibles explicaciones desde la patología forense. Congreso de Psicología Jurídica y Forense del Caribe. Universidad Central de Venezuela. Octubre. 8.9 y 10 de 2009.

140 KALINSKY, Beatriz. Op cit., p.10.

141 MORENO ROJAS, Alberto. Op. cit., p. 87.

142 MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al. Op. cit., p.24.

143 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Proyecto acuerdo 229 de 2011. Por medio del cual se institucionaliza la política de salud materna perinatal en Bogotá y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. p.1-5.

144 VELASCO, Sara; RUIZ, María Teresa y ÁLVAREZ DARDET, Álvaro. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revista Española de Salud Pública. Madrid. Julio –Agosto, 2006, vol.80, no.4, p. 317-333.

145 MALDONADO DURÁN J. Martín; LARTIGUE, Teresa y LECANNELIER, Felipe. Dificultades psicósomáticas en la etapa perinatal. Perinatología y Reproducción Humana. Enero -Marzo, 2008, no. 22.p .47-57.

Teniendo en cuenta las repercusiones de la depresión posparto en la salud de la mujer y el hijo recién nacido¹⁴⁶, en el desempeño del rol materno¹⁴⁷, en la alteración en el vínculo afectivo madre-hijo y la crianza de los mismos,¹⁴⁸¹⁴⁹ y los riesgos a largo plazo de alteraciones en el desarrollo integral de los niños, dificultades de aprendizaje y socialización, sentimientos de amenaza, adopción de comportamientos violentos, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, riesgo a maltrato físico por parte de la madre, abandono, y en casos extremos la muerte de la madre o del niño, provocada por su madre, se hace importante abordar el origen de la depresión en el posparto y explorar uno de sus factores causantes, la violencia de pareja, que nos permita establecer esta relación en mujeres de Colombia, mediante la aplicación de instrumentos de detección en mujeres en el puerperio.

1.3 Planteamiento del problema

¿Existe relación entre la violencia de pareja y la aparición de depresión en el posparto, en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá, D.C.?

1.4 Justificación

“Esta investigación surge inicialmente de la observación cotidiana del servicio en el que se desempeña la enfermera autora de esta investigación, donde diariamente reingresan mujeres por trastornos durante su embarazo, infecciones de vías urinarias a repetición, hiperémesis gravídica, dolores musculares y pélvicos, cefaleas. La hora y día de ingreso al servicio causó también curiosidad “la madrugada, principalmente los fines de semana”, los datos del triage reportaban mujeres solas o en compañía de familiares, en especial la mamá, y se observaba que posteriormente llegaba la pareja al servicio, y posteriormente se evidenciaban situaciones de conflicto entre la pareja, reproches e inconformidad, entre otros casos, después de la presencia de la pareja las cosas retornaban a la “normalidad”, y en poco tiempo las mujeres regresaban a su casa en una mejor actitud, o con control de sus molestias físicas o por el contrario quedaban en el área de observación, solicitando la presencia de su pareja en todo momento...”

Otra situación observada en el servicio fue el manejo de las pacientes en situaciones de crisis en el puerperio, en el que se solicitaba interconsulta por psiquiatría, la cual

146 PÉREZ RODRÍGUEZ, María del Rosario, et al. Op. cit., p.268.

147 CHAVEZ COURTOIS, Mayra y GONZÁLEZ PACHECO, Itzel. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre- infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Revista Diversitas Perspectivas en Psicología. México, 2008, vol. 4, no. 1. p.101-111.

148 FERNÁNDEZ DE ALONSO, María del Carmen. et al. Op. cit., p.24.

149 MEIGHAN, Molly. Op. cit., p.612-614.

realizaba un abordaje farmacológico igual para todas las mujeres, un caso de psicosis puerperal en donde la mujer tenía afectada su imagen corporal por el embarazo y parto, y tenía miedo a hacerse daño y a su hijo, prendió la alarma en la autora de esta investigación y llevó a pensar en “investigar este fenómeno para ver que estaba pasando”.

Esta investigación busca sensibilizar al equipo de salud, en especial a las enfermeras que diariamente brindan su cuidado a las gestantes y puérperas en los servicios de hospitalización y control prenatal, ya que cuentan con la capacidad de detectar los casos de violencia de pareja y depresión en el posparto; demostrando que estas son problemáticas importantes (debido a la cantidad de mujeres afectadas), las cuales podrían beneficiarse del apoyo y los cuidados oportunos de enfermería, lamentablemente existen hallazgos en investigaciones realizadas donde el personal de salud aún no percibe la problemática de violencia doméstica como un problema de salud.¹⁵⁰¹⁵¹

La presentación del área problema nos ilustra que la violencia de pareja contra la mujer es un fenómeno presente durante la gestación y el puerperio, así como la depresión, tanto la violencia de pareja como la depresión en el postparto son eventos que afectan a la mujer, al núcleo familiar y a la sociedad; a pesar de ello en nuestro país se le ha dado poca trascendencia, y aunque hay evidencia de la presencia, causalidad, efectos de la problemática de violencia de pareja relacionada con la aparición de depresión en el postparto, a nivel mundial, no se encuentran estudios realizados para determinar esta relación y características en mujeres Colombianas.

Por otra parte, se desconoce la verdadera frecuencia con que se presenta la violencia de pareja contra la mujer, debido al subregistro de estos eventos por intimidación y/o perpetuación del machismo que caracteriza la región, y lo más grave son las razones presentadas por las mujeres para no denunciar ante las autoridades y no acudir a los servicios de salud.

Tampoco es clara la relación existente entre la violencia de pareja y la aparición de depresión en el posparto; razón que justifica la necesidad y oportunidad de realizar la presente investigación.

A través de los medios de comunicación, nos vemos saturados diariamente de noticias que denuncian las situaciones de maltrato, abandono, agresión y muerte contra los niños, muchas de ellas, derivadas de conflictos al interior de la familia. Así mismo, entristece el escuchar que en su gran mayoría las personas involucradas en esta agresión, son las

150 RODRIGUEZ BOLAÑOS, Rosibel; MARQUEZ SERRANO, Margarita y KAGEYAMA ESCOBAR, María de la Luz. Violencia de Género: actitud y conocimiento del personal de salud, de Nicaragua. Salud Pública. México. 2005, no. 47, p.134-144.

151 COLL VINENT, Blanca, et al. El personal de salud no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta sanitaria. Barcelona. 2008. Enero-febrero, vol 22. no.1, p.7-10.

propias madres, lo que pone de manifiesto que hay factores que están afectando a las mujeres madres, o que afectan directamente la relación con sus hijos.

Con respecto a la evidencia científica, sobre el fenómeno de estudio “violencia de pareja y su relación con la depresión en el posparto”, esta relación como se indicó anteriormente, está ampliamente abordada en el exterior, sin embargo no se encuentra esta relación en investigaciones en Colombia, por el contrario se refieren estos fenómenos por separado, aunque algunas de ellas tratan de acercarse a las consecuencias de la violencia doméstica sobre la gestación, cinco investigaciones fueron halladas, y se describen a continuación:

En Bucaramanga en el año 2000 la enfermera Gladys Carnaval realizó la investigación denominada “Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida de mujeres de Cali-Colombia”,¹⁵² cuyo propósito era establecer la relación existente entre las necesidades sentidas por la mujer después del parto, la satisfacción por el apoyo recibido y la presencia de la depresión. Esta investigación estableció que a menor apoyo social percibido por parte de la mujer y menor nivel de satisfacción con ese apoyo mayor es la sintomatología depresiva.

Joanne Klevens, realizó en 2001, un estudio denominado “Violencia física contra la mujer en Santafé de Bogotá: prevalencia y factores asociados”¹⁵³ cuyo propósito era establecer la dimensión de la violencia de pareja en mujeres atendidas en consulta e identificar los factores de riesgo para ser agredidas físicamente. Los hallazgos establecieron presencia de violencia física, y psicológica caracterizadas por amenazas e intimidación. Los principales factores encontrados para la ocurrencia de dicha violencia, fueron la escolaridad, ingresos bajos, número de hijos, el tiempo de unión, ausencia de otros familiares en el hogar, mayor frecuencia del conflicto de la pareja, historia de maltrato en la familia, las prohibiciones por parte del compañero.

En el año 2002, se realizó una Investigación en el hospital San Vicente de Paúl de Medellín el cual arrojó como resultado la presencia de maltrato hacia las mujeres durante la gestación, tanto de forma física, psicológica y abuso físico, como principales agresores los familiares y compañeros de las víctimas¹⁵⁴.

En el año 2005 una investigación realizada en Bogotá en el Instituto Materno Infantil cuyo propósito era establecer casos de violencia conyugal en un grupo de mujeres atendidas, y los factores desencadenantes de dicha problemática, estableció la presencia

152 CANAVAL, Gladys Eugenia, et al. Op.cit., p.4-10.

153 KLEVENS, Joanne. Violencia física contra la mujer en Santafé de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Secretaría Distrital de Salud. Santafé de Bogotá D.C. En: Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 9, no.2, p. 78-83.

154 MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al. Op cit., p.19.

de violencia física, psicológica y violencia sexual, asociada al consumo de alcohol, como el principal causante de dicha violencia¹⁵⁵.

Por último se encontró una investigación en el año 2007, la enfermera Raquel Vargas y la Doctora Gladys Ariza, las cuales abordaron la temática de violencia doméstica, desde otra perspectiva denominada “Representaciones sociales de la violencia intrafamiliar en la prensa Colombiana”¹⁵⁶, realizó un análisis de las diversas interpretaciones que se dan a las situaciones de violencia presentadas y divulgadas en los medios de comunicación en este caso escritos, y como estos contribuyen a la generación de estereotipos, tanto de las víctimas como de sus agresores y como centran su atención en algunos de los múltiples factores que generan violencia.

Como vemos la evidencia presentada en el área problema está principalmente dada por otras disciplinas como medicina y psiquiatría, lo que explica también la necesidad de abordar esta problemática desde la enfermería, con el objeto de tener evidencia que soporte la propuesta de intervenciones desde el control prenatal para prevenir la violencia de pareja y así mismo reducir las complicaciones que pueda traer esta problemática en la mujer gestante, al feto y posteriormente en el neonato.

No es una pretensión de esta investigación diagnosticar la depresión posparto como enfermedad en las participantes de la investigación, por el contrario, es la búsqueda y exploración de situaciones cotidianas de la relación de estas mujeres con sus parejas, que pueden en algún momento afectar su salud, y la de su hijo. El diagnóstico definitivo de depresión posparto pertenece a disciplinas como la psiquiatría y la psicología. Enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario, y se encuentra privilegiado ya que comparte con la mujer el proceso de gestación, parto y puerperio, y puede contribuir a la detección de factores que pongan en riesgo la salud de la mujer, ayudando a su prevención o manejo oportuno, además de redireccionar la atención a los profesionales que por sus competencias sean requeridos.

Existe también en los escenarios de cuidado de control prenatal y de posparto una tendencia a poner poco énfasis en la valoración de los signos tempranos de depresión en el posparto, circunscribiéndose al cuadro clínico, cuando ya se presenta depresión en el posparto, cuyo manejo tiene un énfasis medicalizado, y farmacológico, sin llevar a cabo un estudio sistemático de los antecedentes de la gestante, la relación que guardan con su aparición algunos factores psicosociales, la causalidad de la depresión, las características individuales y la realización de un seguimiento posterior.

155 LÓPEZ, Sandra Milena, et al. Op. cit., p.12.

156 VARGAS, Raquel y ARIZA, Gladys. Representaciones Sociales de la Violencia Intrafamiliar en la Prensa Colombiana. En: FORENSIS 2007. Artículos Complementarios. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C. 2007. p.315-321.

La enfermera es el profesional del equipo de salud, y más cercano con el que interactúa la mujer en los servicios de Ginecología y Obstetricia, lamentablemente cada vez es más reducido el tiempo de contacto enfermera – puérpera, para identificar estas situaciones de violencia o depresión en el posparto en los servicios de alojamiento conjunto, debido a la corta estancia de hospitalización de las pacientes en los servicios, y a la falta de un seguimiento domiciliario que asegure la continuidad del cuidado en casa, por otra parte se percibe una ausencia de programas de promoción de la salud mental en las instituciones, y por lo tanto el manejo intrahospitalario y el seguimiento de las puérperas, está referido esencialmente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, centrados en la atención en puericultura, infecciones en el puerperio y planificación familiar.

Todos estos elementos justifican la pertinencia y novedad de esta investigación, la que además de establecer la relación existente entre los dos fenómenos de estudio, violencia de pareja y la aparición de depresión posparto, contribuirá al fortalecimiento y validación de instrumentos que existen desde enfermería, los que permiten detectar oportunamente la presencia de violencia de pareja y la depresión en el posparto y sus resultados constituirán con aportes en el manejo, y mejoramiento de las guías existentes en los servicios de salud para la problemática de violencia de pareja y la detección oportuna del riesgo de la depresión posparto, a fin de instaurar un cuidado de calidad con seguimiento de las puérperas en riesgo y sus recién nacidos en el hogar.

Este trabajo constituye un aporte a la enfermería, debido a su campo de acción, en el que es de gran importancia la detección de los casos, la prestación de los cuidados a las mujeres que han experimentado maltrato, y su participación en actividades de promoción, y educación sobre los cuidados de la salud. El papel de enfermería en los servicios de Ginecobstetricia, es fundamental, ya que además de ser un agente de cambio en los servicios asistenciales, hace parte de las redes de apoyo de la mujer, que garantiza el ofrecimiento de alternativas de solución para poder romper con el ciclo de violencia, contribuyendo a nivel profesional e institucional a disminuir la continuidad y progresión de estos eventos, brindando herramientas que empoderen a la mujer en su rol de madres sin compromiso de su autonomía.

Este último debido a que la posibilidad de la violencia de pareja contra la mujer esté relacionada con la aparición de la depresión en el posparto, puede ser también una situación que afecte en la mujer - madre la adopción del rol maternal, al no estar capacitada para adquirir las competencias suficientes en la realización de los cuidados relacionados con la maternidad, de tal manera que si se actúa sobre ello con los argumentos expuestos, la realización de este trabajo aporta en la medida que permite intervenir de manera preventiva en el fortalecimiento del vínculo madre hijo y la adopción del rol maternal, acogiéndonos a las afirmaciones de Ramona Mercer, que la enfermería

interviene en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas de las mujeres a los problemas de salud reales o potenciales que surgen durante el embarazo el parto y el posparto.¹⁵⁷

Por otra parte, se toma y aplica una teoría planteada por una enfermera dedicada a la investigación, desarrollo del conocimiento, comprensión, prevención y tratamiento del fenómeno de la depresión posparto: Sheryl Tatano Beck, quién, con años de investigación, nos ofrece un instrumento para la valoración de las mujeres en el control prenatal y posparto, lo cual también empodera a la enfermera para incursionar en la detección de una enfermedad silenciosa, con grandes repercusiones para las mujeres en su etapa reproductiva y en su interacción con el entorno social.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el posparto en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar y describir la violencia de pareja en un grupo de puérperas.
- Determinar y describir la violencia no física en un grupo de puérperas.
- Determinar y describir la violencia física en un grupo de puérperas.
- Determinar y describir la depresión posparto en un grupo de puérperas.
- Determinar y describir la dimensión de la escala de depresión posparto, que se afecta en mayor proporción en un grupo de puérperas, que presentan violencia de pareja.

1.6 Definición conceptual

Para esta investigación se utilizan los conceptos violencia de pareja (abuso doméstico, conyugal); violencia en el embarazo y depresión posparto.

¹⁵⁷MEIGHAN, Molly. Op. cit., p.612-614.

1.6.1 Violencia de pareja contra la mujer, abuso de pareja, violencia conyugal. La autora se acoge al concepto emitido por Ramírez y Patiño, que la definen como “la violencia ejercida contra la mujer por su pareja con el propósito explícito o no de mantener el control en la relación a través de la omisión o acción de conductas agresivas que adoptan formas emocionales, físicas, sexuales, contra propiedades o individuos relacionados con la mujer.”¹⁵⁸

A partir del año 2008, en Colombia el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, estableció dentro de la violencia de pareja a las agresiones ocasionadas por las ex parejas, luego de establecer que los factores desencadenantes de la agresión guardaban relación al vínculo dentro de la pareja¹⁵⁹.

Vale la pena aclarar que los términos abuso, o violencia conyugal y/o de pareja en la literatura revisada se equiparan, razón por la cual en el presente documento, la autora utilizará indistintamente estos términos.¹⁶⁰

1.6.2 Abuso físico. Para la definición de abuso físico y no físico se tuvo en cuenta la clasificación dada por Hudson y McIntosh, de las dos subescalas del instrumento Index of spouse abuse, utilizado para esta investigación. Por lo tanto, se define el abuso físico para esta investigación como “Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer, encaminado hacia su sometimiento y/o control”¹⁶¹ y un “patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexuales y afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño.”¹⁶²

1.6.3 Abuso no físico. “El patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad. Esta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye

158 RAMÍREZ RODRÍGUEZ Juan C y PATIÑO GUERRA, María C. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *En: Salud Mental*. 1997, vol. 20, no. 2, p. 6.

159 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Op. cit., p. 110.

160 FERNÁNDEZ DE ALONSO, María del Carmen. Violencia doméstica. Documento p. 2. Disponible en: http://www.semefyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/violencia-domestica.pdf

161 HUDSON, Walter y MCINTOSH, Sally Raw, Op. cit., p. 883.

162 PICK, Susan, et al. Violencia doméstica: Un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 1998. p. 8-9.

el control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre”¹⁶³.

1.6.4 Violencia en el embarazo. Dentro de la violencia de pareja contra la mujer se encuentra la violencia durante el embarazo, que es definida como una “situación de coacción y control que incluye la agresión física, sexual o emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja, o ex - pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo”.¹⁶⁴¹⁶⁵

1.6.5 Depresión Posparto. Para este estudio se adoptará el concepto de depresión posparto que sustenta el marco conceptual de la “Teoría de la depresión posparto”, de Cheryl Tatano Beck, quien la define como “un trastorno del estado de ánimo que puede comenzar en cualquier momento durante el primer año después del parto”, que se manifiesta por una pérdida de control de las emociones, pensamientos y acciones, con síntomas que pueden incluir incapacidad para concentrarse, soledad, inseguridad, ansiedad, dificultad para dormir o comer, culpa, vergüenza, pensamiento obsesivo e ideas de lesionarse a sí misma o al bebé”.¹⁶⁶¹⁶⁷

1.7. Definición operacional

1.7.1 Violencia de pareja. Los puntos de corte del índice of spouse abuse versión en español, para identificar las mujeres como “maltratadas” y no “maltratadas” en cada una de las subescalas, para violencia no física, puntuaciones iguales o superiores a 14 y para violencia física, puntuaciones iguales o superiores a 6.

1.7.2 Depresión postparto Los puntos de corte establecidos en el instrumento postpartum depression screeningscale versión en español, para determinar adaptación normal de la mujer en el posparto van de 35 a 59 puntos en la escala, síntomas significativos de depresión postparto puntuaciones de 60 a 79 puntos, y depresión mayor postparto puntuaciones de 80 a 175 puntos.

163 PICK, Susan, et al. Ibid., p.8-9.

164 MACY, Rebecca J, et al. Partner violence among women before, during and after pregnancy. Multiple opportunities for intervention. Citado por PÉREZ RODRÍGUEZ, María del Rosario; LÓPEZ NAVARRETE, Gloria Helena y LEÓN LÓPEZ, Aracelli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta de Pediatría de México. 2008, vol.29, no.5, p.268.

165 TIWARI, A, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. Citado por PÉREZ RODRÍGUEZ, María del Rosario; LÓPEZ NAVARRETE, Gloria Helena y LEÓN LÓPEZ, Aracelli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta de Pediatría de México. 2008, vol.29, no.5, p.268.

166 BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 1. Op. cit., p.121.

167 MAEVE, Katherine M. Op. Cit., p. 751.

1.7.2.1 Interpretación de los rangos de la escala Depresionpostpartumscreeningscale versión en español.

- Detección positiva para depresión mayor postparto: puntaje total mayor o igual a 80 puntos: La mujer debe ser referida lo antes posible a un profesional de salud mental para una evaluación y tratamiento.
- Si hay indicación de peligro para sí mismo (por ejemplo, la elevación de los puntajes en las ideas suicidas contenidas en la escala y/o peligro para los demás), la mujer debe ser referida inmediatamente para evaluación psiquiátrica.¹⁶⁸
- Síntomas significativos de depresión postparto: total 60-79 puntos. La mujer necesita ser referida a evaluación en salud mental, necesita educación acerca de la depresión postparto y deben ser entregadas guías de manejo acerca de qué hacer si los síntomas empeoran.¹⁶⁹
- Ajuste normal postparto: la mujer no necesita ser referida a evaluación en salud mental en este momento, sin embargo ella se puede beneficiar de la educación en depresión postparto¹⁷⁰.

1.7.2.2 Puntajes de las dimensiones de la postpartumdepressionsscreeningscale versión en español, que deben tenerse en cuenta.

- Disturbios del sueño y la alimentación: puntaje mayor o igual a 17 puntos: La mujer está informando una alteración significativa en su apetito normal o de sus hábitos de sueño. Un puntaje menor o igual a 16, indica poca perturbación o ninguna del apetito o del sueño.
- Ansiedad e inseguridad: puntaje mayor o igual a 15 puntos, indica que la mujer está cursando con un alto nivel de ansiedad síntomas que pueden cual puede incluir Agitación psicomotriz, sentirse abrumada y / o aislada. Puntajes menores o iguales a 14 indican pequeños problemas de ansiedad, o no presentarlos.

168 Western Psychological Services. Derechos de autor instrumento PostpartumDepressionsscreeningscale versión en español .Rangos de interpretación de la escala. 2002. Alaska Avenue, Torrance, CA .Los Ángeles, CA 90503-5124.

169 Western Psychological Services. Ibid.

170 Western Psychological Services. Ibid.

- Labilidad emocional: puntaje mayor o igual a 16 puntos, la mujer reporta que sus emociones son inestables y que puede estar irritable y / o sujeta a frecuentes ataques de llanto. Puntaje menor o igual a 15 puntos indica poco o ningún problema de estabilidad emocional.
- Confusión mental: puntaje mayor o igual a 13 puntos, indica que la mujer tiene problemas de confusión mental, así como dificultades para controlar sus procesos de pensamiento y para mantener la atención en las tareas. Puntajes menores o iguales a 12 puntos, indican poca o ninguna confusión o alteración de la atención.
- Pérdida de sí misma: puntaje mayor o igual a 11, indica que la mujer tiene cambios en los aspectos de su identidad personal. que ella misma percibe como extraña o anormal en comparación con la forma en que estaba antes de dar a luz. Puntajes menores o igual a 10, indica poco o ningún cambio en la percepción de sí misma.
- Culpa/vergüenza: puntaje mayor o igual a 11, indica que la mujer está apoyando sentimientos significativos de culpa y vergüenza o por no medir la altura de sus propios estándares de una “buena maternidad”, puntaje menor o igual a 10, indica que la mujer tiene poca o ninguna culpa o vergüenza con respecto a su desempeño como madre.
- Ideas suicidas: puntaje mayor o igual a 6. La mujer presenta pensamientos de hacerse daño a sí misma, se debe entrevistar a la mujer con respecto a su nivel de tendencia suicida. La mujer debe ser evaluada inmediatamente por un profesional de salud mental.

2. Marco conceptual

2.1 Violencia de pareja, abuso de pareja, violencia conyugal, abuso conyugal

Son diversos los conceptos de violencia que aporta la literatura. El término proviene del latín *violentiā* y está vinculado a la “acción que se ejecuta con fuerza o brusquedad, y que se concreta contra la voluntad o el gusto del prójimo”¹⁷¹. Remiten esencialmente a pensar en actos ofensivos voluntarios o no, que conducen a alteraciones de la integridad física, psicológica y espiritual o con componentes de injusticia social que se puede dar en dinámicas individuales o colectivas, estos últimos aspectos relacionados por el sociólogo Johan Galtung.¹⁷²

Para complementar el concepto es necesario tener en cuenta lo dicho por VincencFisas¹⁷³, que integra el objeto de la misma, la amenaza, o el uso de la fuerza, con la finalidad de obtener de uno o varios individuos, algo que no consienten libremente o de hacerles algún tipo de mal (físico, psíquico o moral).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud define violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”¹⁷⁴

Dentro del concepto general de violencia se han presentado cambios en las definiciones de los diversos tipos de violencia. Inicialmente la Organización Panamericana de la salud¹⁷⁵ empleó la definición de violencia intrafamiliar, y doméstica cuando hacía referencia a la violencia ejercida por la pareja. Por ser esta una definición muy amplia se estableció el uso del término violencia de género o violencia contra las mujeres para referirse a los actos violentos ejercidos contra las mujeres y niñas, no solamente por sus parejas o miembros de su familia, sino también por personas ajenas a estas.¹⁷⁶ Y dentro

171REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Nueva edición de ortografía de la lengua española 2010.

172CALDERON CONCHA, Percy. Teoría de conflictos de Johan Galtung. Instituto de la Paz y los Conflictos. Revista Paz y Conflicto. 2009 ,no. 2 p. 1-80.

173FISAS ARMENGOL, Vincent.Cultura de Paz y Gestión de Conflictos.UNESCO. Barcelona- España. Edit. IcariaNoviembre, 1998, p. 229-230.

174ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. Op. cit., p. 5.

175 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia contra las mujeres. Responde el sector salud. Capítulo 1: la violencia basada en género. Un problema de salud Pública y de derechos humanos. Washington D.C. 2003, no .12, p. 4-7.

176 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia contra las mujeres. Ibid. , p. 4-7.

de esta violencia de género o violencia contra las mujeres y niñas, se encuentra la violencia de pareja, abuso de pareja o conyugal.

A continuación se presentan algunos conceptos de violencia contra la mujer o violencia de género en el ámbito de la intimidad o la cotidianidad. Este tipo de violencia es entendido como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”(artículo 1 de la Declaración de las Naciones Unidas de 1994).¹⁷⁷

En Beijín en el año 1995, la ONU, estableció que la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación y la interposición de obstáculos a su pleno desarrollo, a lo largo de su ciclo vital; y que algunas prácticas tradicionales llevadas al extremismo, relacionados con la raza, el sexo, el idioma, o la religión, perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el trabajo, la comunidad y la sociedad¹⁷⁸.

Esta violencia de género o violencia contra la mujer, constituye un medio para la discriminación, la desigualdad y relaciones de poder, en este tipo de violencia el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.¹⁷⁹ Agrega Susana Velásquez¹⁸⁰ que en la violencia de género, se ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia, afectando de esta manera la libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física.

Dentro de esta violencia de género además encontramos la violencia laboral, en los medios de comunicación, institucional, de explotación sexual, y la violencia de pareja. Con relación a la violencia de pareja, estudios realizados por la OPS a nivel mundial concluyeron que entre el 10% y el 50% de las mujeres han sufrido en sus vidas algún acto de violencia física, por parte de sus parejas, presentando características similares en cuanto al agresor y el tipo de agresión¹⁸¹. Razón para que nos adentremos al abordaje del fenómeno de estudio del presente trabajo.(ver figura no. 1)

La violencia de pareja, es un problema importante de salud pública porque constituye una de las formas más frecuentes de violencia, afecta a un mayor número de mujeres, sin distinción alguna, y se concibe como actos o agresiones que ocurren en el hogar, en la

177ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (20 de diciembre de 1993).Op.cit.p.1-5.

178ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer.Op cit., p.51.

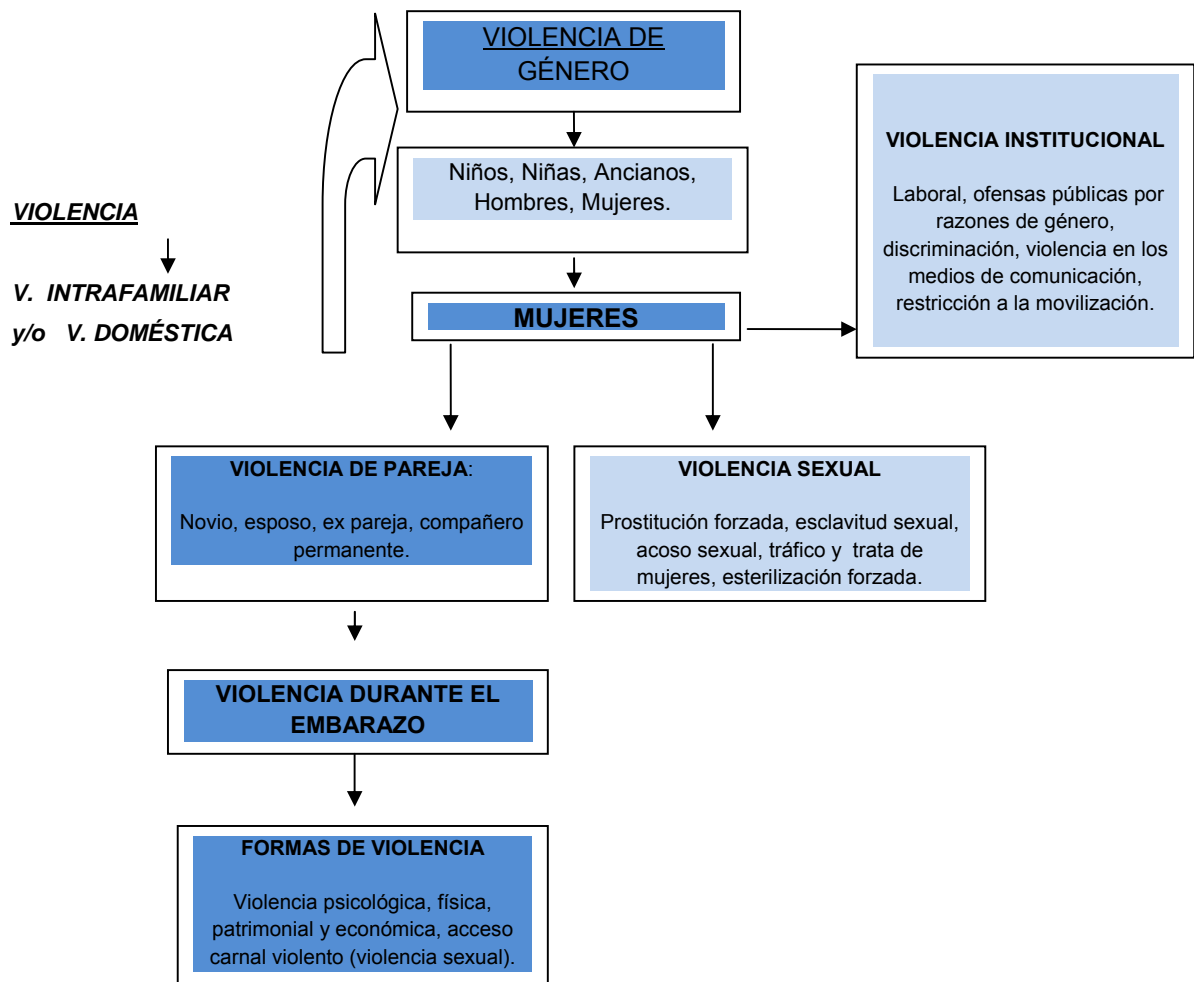
179 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Concepto de violencia. En: Violencia Doméstica. Ministerio de sanidad y consumo. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Madrid, 2003. Cap. 1. p. 11.

180VELÁZQUEZ, Susana. Violencias cotidianas. Violencia de género: Escuchar, comprender, ayudar. Citado por PORTALES,Rafael Enrique y LÓPEZ FUENTES,Rosa Enelda.Políticas Públicas de igualdad de género: hacia una igualdad efectiva a través de la educación.En:Universitas. Revista de filosofía, derecho y política.Julio, 2009,no. 10,p 31.

181 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia contra las mujeres. Op.cit., p.4-7.

que media una relación de pareja entre el agresor y la víctima.¹⁸² Es necesario para su caracterización que estén presentes dos elementos, la reincidencia de los actos violentos y la relación de autoridad ejercida por la pareja¹⁸³.

Figura 1. Mapa conceptual Violencia.



Fuente: Ramírez, Edna. Mapa conceptual: Resultado del estado del arte para la construcción del proyecto tesis.2010.

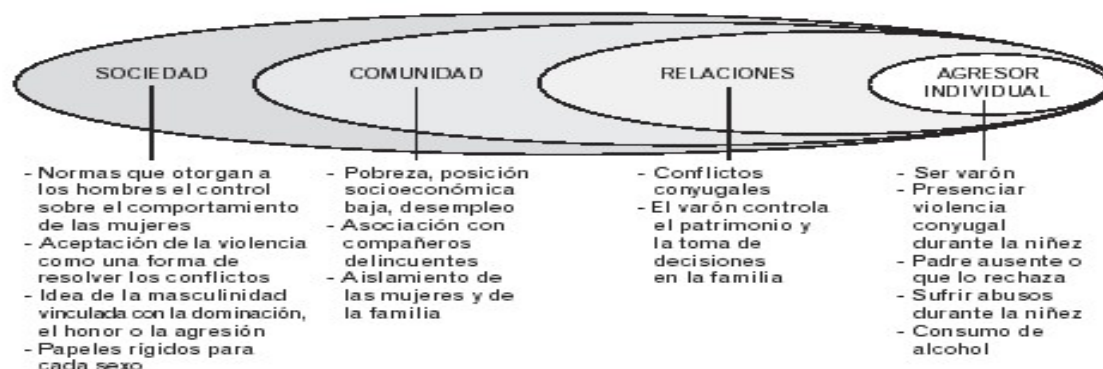
Múltiples explicaciones se han planteado con el fin de aclarar de donde surge la violencia de pareja contra la mujer, teniendo en cuenta que a través de la historia, se ha evidenciado el trato inhumano hacia las mujeres, se busca la explicación de éste fenómeno en el ámbito cultural, a partir de la existencia de creencias y valores acerca de

182ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OrganizaciónPanamericana de la Salud.Op cit.,p.11.

183 FERNANDEZ DE ALONSO, María del Carmen. Violencia Doméstica Op cit., p.2.

la mujer que favorecen el desequilibrio de poder en relaciones como el noviazgo, el matrimonio o la convivencia a partir de los estereotipos de género transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela y los medios de comunicación. Elementos como las creencias dentro de la población de que la mujer está en un estatus inferior al hombre, los derechos de propiedad que tiene el hombre sobre la mujer y los hijos, y el carácter privado de los problemas del hogar.¹⁸⁴¹⁸⁵ Son entre otros, factores que predisponen a la violencia doméstica, haciendo vulnerable a la mujer. Heise presenta un modelo ecológico a diversos factores asociados a la violencia infringida por la pareja, que incluyen los antecedentes del agresor, la relación con su pareja, la comunidad en que viven y las creencias y factores culturales y sociales del entorno.¹⁸⁶(ver figura no.2).

Figura 2. Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia infringida por la pareja.



Fuente:Heise L, Ellsberg y Gottemoeller, M. Ending violence against women. Population Reports, series L, nº 11.Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.1999.

La violencia de pareja como una “*relación de abuso, crónica o permanente*”, según Jewkes¹⁸⁷, tiene como factores epidemiológicos la relación desigual de posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos, lo que lleva a que se mantenga oculta y esto hace difícil establecer su magnitud en cifras.

184CORSI, Jorge. Op cit.,p. 5.

185JARAMILLO, Diva Estella,et al. Medición del diestrés psicológico en mujeres maltratadas. Medellín.Colombia médica.Abril –Junio, 2006,vol 37, no. 2 ,p.134.

186 BOSCH, Esperanza; FERER, Victoria A y ALZAMORA Aina. Capítulo 4: modelos explicativos, letras y cifras. En: El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Editorial Anthropos. España, 2006, p.106-107.

187 JEWKES, Rachel. Intimate partnerviolence: causes and prevention. En: Lancet. Abril.2002.no. 359. p. 1423- 1429.

Algunas de las características que se encontraron en las mujeres en alto riesgo a ser maltratadas son: La dependencia y sumisión, autoestima baja, antecedentes de violencia en su familia de origen, bajo nivel cultural y económico, aislamiento psicológico y social, consumo de alcohol, sustancia psicoactivas, desequilibrio de poder de la pareja. Se encuentra además que la mujer durante en gestación puede ser víctima de violencia si ha sido víctima de esta durante el año previo al embarazo.¹⁸⁸¹⁸⁹¹⁹⁰

Las diversas formas de la violencia de pareja contra la mujer se movilizan entre lo físico, psicológico, sexual y económico, así:

- Física. Se refiere a las lesiones corporales, tales como: golpes, bofetadas, empujones, quemaduras, agresiones con armas.¹⁹¹
- Emocional – psicológica. Agresiones que incluyen amenazas, humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas, y públicas, lenguaje soez, insultos, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones a la pareja,¹⁹²¹⁹³ las que provocan daño psíquico o emocional que afecta la autoestima. La violencia psicológica es la primera en instaurarse, presenta mayor incidencia y es la que menos se denuncia, ya porque ciertas conductas son tomadas como normales, y cotidianas en la relación de pareja. Esta es la que más daño hace, ya que lleva a confusión, sumisión y sentimientos de culpabilidad lesiona y disminuye gravemente la autoestima de la víctima.¹⁹⁴
- Sexual. Se refiere a actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y comprometen su dignidad, entre ellos relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.¹⁹⁵

188 LEÓN, L.A, et al. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. Citado por: PEREZ RODRIGUEZ, María del Rosario; LOPEZ NAVARRETE, Gloria Elena y LEÓN LOPEZ, Araceli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño al recién nacido. En: Acta Pediátrica de México. Septiembre - Octubre.2008.Vol.29, no.5, p.268.

189 ALAM,S; HADLEY, SM Y JORDAN, B. The clinical implications of screening for violence against women.Citado por: PEREZ RODRIGUEZ, María del Rosario; LOPEZ NAVARRETE, Gloria Elena y LEÓN LOPEZ, Araceli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño al recién nacido. En: Acta Pediátrica de México. Septiembre -Octubre.2008.Vol.29, no.5, p.268.

190 COLLADO, SP Y VILLANUEVA, LA. Relationship between domestic violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn.Citado por: PEREZ RODRIGUEZ, María del Rosario; LOPEZ NAVARRETE, Gloria Elena y LEÓN LOPEZ, Araceli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño al recién nacido. En: Acta Pediátrica de México. Septiembre - Octubre.2008.Vol.29, no.5, p.268.

191 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Op cit., 13.

192 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen Ibid. p.13.

193BLANCO, Pilar,et al.Op. cit., p.182-188.

194 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Op cit., 13.

195 FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Op. cit., 13.

El modelo Duluth, indica además que las mujeres son vulnerables debido a su condición de desigualdad económica, social, y política dentro de la sociedad.¹⁹⁶(Ver figura no. 3)

Las relaciones de abuso se fundamentan en creer que una persona tiene el control sobre la otra. Cuando las acciones presentadas en las secciones del círculo no funcionan, la persona con poder acude a la violencia, basada en el ejercicio de poder para adquirir y mantener control, arrebatándole la dignidad a la pareja.¹⁹⁷ Por medio de:

- La intimidación.
- El Abuso emocional.
- El Aislamiento
- Minimizando el abuso , negando el abuso, culpando a la mujer del abuso
- Manipulando a los niños – niñas.
- Utilizando el poder y el control como un privilegio masculino
- El Abuso económico.
- El uso de la Coerción y amenazas.

196 POPE, Lucille& FERRARO Kathleen. The Duluth Power and Control Model.p.1-15.Diisponible en: http://www.vawresources.org/index_files/powercontrolmodel.pdf

197 POPE, Lucille& and FERRARO Kathleen.Ibid.,p.1-15

Figura 3. Modelo que sirve para explicar cómo los aspectos de poder y control perpetúan el maltrato.



Fuente: Tomado de Duluth Domestic abuse Intervention Project. Power and control tactics in men who batter. Duluth - Minnesota. 206 West Fourth Street, Duluth, Minnesota 55806. www.duluth-model.org

2.1.1 Epidemiología de la violencia de pareja contra la mujer en Colombia. Dentro de la violencia doméstica o violencia intrafamiliar, la violencia de pareja es la que mayor número de víctimas deja según el estudio Forensis 2010. Del total reportado como violencia intrafamiliar 57.875 personas fueron valoradas por causa de la violencia de pareja, lo que equivale a un 64,7% del total de las víctimas.¹⁹⁸

Este mismo estudio reportó que los compañeros permanentes ocupaban el primer lugar de agresión, con el 41% seguido de los esposos con un 25%. Los ex compañeros permanentes tercer lugar con el 16,3%.

¹⁹⁸CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia, 2009. Op. cit., p.38.

La incidencia de éste fenómeno es desconocida en la medida que se acompaña de factores que llevan a que la mujer no denuncie uno de ellos la “dependencia económica que impide que la mujer realice la denuncia correspondiente”. En el año 2008, el estudio Forensis estableció además una pérdida de 58.147 años de vida saludables (AVISA) ocasionados por violencia de pareja.¹⁹⁹

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, del año 2005,²⁰⁰ de 25.279 mujeres encuestadas, 66% afirmaron que su pareja ejercían situaciones de control contra ellas: 26 % a través de la expresión de palabras desobligantes, 33% a través de amenazas contra ellas, 39% reportaron agresiones físicas por parte del compañero, 16% refirió de violencia física por parte de una persona diferente a su compañero. De este grupo 85% se quejó de secuelas físicas o psicológicas como consecuencia de de la golpiza. Con relación a la identificación del agresor, 2.322 mujeres manifestaron haber sido violadas, por parientes 15%, por el ex marido 13% y por el novio 8%.

Las cifras para el 2010 no fueron muy alentadoras en cuanto a la disminución de este fenómeno. De 34.624 mujeres entrevistadas; el 72,5% sufrió algún tipo de control por parte de su compañero o esposo, 26% reportó ser víctima de violencia verbal y 39% fue maltratada físicamente y 10% fue violada²⁰¹.

Una revisión realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal durante los años 2005 a 2007, encontró que 436 muertes ocurrieron en el contexto de la violencia intrafamiliar, y solamente en Bogotá, 2407 personas acudieron en más de una ocasión al Instituto para recibir valoración por este tipo de violencia²⁰²

La OPS refiere en una de las encuestas realizadas que uno de los grupos más vulnerables a la violencia de pareja es la mujer en estado de gestación, lo que aduce a que en estos casos el hombre vive el embarazo como una amenaza para su dominio, incluso se cita la violencia como una complicación del embarazo, que se presenta con mayor frecuencia que la hipertensión o la diabetes.²⁰³²⁰⁴

199CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2008. Op. cit., p. 110.

200PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y salud. Bogotá D.C., 2005. Op. cit., p.1-12.

201 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C., 2010. Op. cit., p.362.

202Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007: Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención, de lesiones de causa externa en Colombia. Bogotá-Colombia 2008, p.97-110.

203MIDWIFERY TODAY : Battering and Pregnancy 19:1998. citado En: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Factsheet, women health and development program. p.1.

204RYNERSON, Bárbara C. Op. cit., p. 1272.

Maldonado y Durán²⁰⁵ mencionan que la violencia en la relación de pareja se instaura luego de ciertos eventos importantes, que producen cambios trascendentales en la dinámica familiar, entre otros: el inicio de la convivencia, durante el primer embarazo, el nacimiento del primer hijo, la infidelidad²⁰⁶.

Así mismo en el grupo de mujeres gestantes, las adolescentes están expuestas a un mayor riesgo de violencia. Las adolescentes se sienten desilusionadas, tristes, solas y algunas de ellas culpan al bebé cuando no reciben el apoyo requerido o sus parejas ante la noticia del embarazo no reaccionan con alegría o la reacción es de rechazo, desconcierto o huyen de la situación.

La violencia en las relaciones de parejas adolescentes, comienza gradualmente y sin el uso de la fuerza física. Involucran un rango de comportamientos coercitivos y abusivos, tales como amenazas, intimidación, aislamiento y manipulación. El propósito del abuso en este contexto es mantener el control de la pareja y la relación con la misma²⁰⁷

2.1.2 Perspectivas de estudio de la violencia de pareja contra la mujer. La violencia ha sido estudiada desde múltiples perspectivas entre las cuales encontramos:

2.1.2.1 La perspectiva psicológica: Hace referencia a la “agresión como un impulso o instinto básico, que conduce al dominio y al logro.”²⁰⁸

En los hombres se expresa por medio de la valentía fuerza, energía, capacidad de empresa, en las mujeres es algo negativo, tornándose hostil y beligerante. Inicia con el insulto verbal, pasando por formas menores de agresión física, hasta llegar a un comportamiento violento verdadero.²⁰⁹

2.1.2.2 La perspectiva sociológica: la agresión se establece durante el noviazgo caracterizada por ser una relación dependiente y posesiva. El hombre comienza a ejercer control sobre la información, las decisiones, la conducta, las ideas y hasta la forma de pensar, de su pareja, manteniendo este poder a través de métodos como la amenaza e intimidación.²¹⁰

Por otro lado mujer se torna sumisa y dependiente estableciéndose un conflicto entre la necesidad de expresar sus sentimientos, el miedo ante la reacción de su pareja, el temor y represión de sus emociones, llevándola incluso a expresarlos por medio de síntomas

205 MALDONADO DURAN, Jesús Martín, y FEINTUCH, Margot. Op.cit., p.34.

207 FISHWICK, Nancy; PARKER, Bárbara, y CAMPBELL, Jacqueline. Op.cit., p.800.

208 RYNERSON, Bárbara C. Op. cit., p.1265.

209 RYNERSON, Bárbara C. Ibid., p.1265.

210 RYNERSON, Bárbara C. Ibid., p.1265.

psicosomáticos. La mujer puede sentirse indefensa, impotente, temerosa, tornándose esquiva y huidiza²¹¹.

Se ha encontrado otro elemento social generador de violencia, y es aquel en el que la mujer depende del hombre para que le provea sustento y protección.

2.1.2.3 La perspectiva biológica: Explica la violencia por factores neurobiológico-hormonales, y neuroquímicos que influyen en la conducta agresiva en los varones, asociados a un comportamiento agresivo, y a altos niveles de testosterona.

2.1.2.4 La perspectiva feminista: Centra su estudio en la dominación y coerción masculina donde los hombres establecen poder y control desencadenando todo tipo de violencia. Incluye entonces el término machismo para definir la preocupación masculina por su fortaleza, su rudeza, demostraciones de osadía, manifestados a través de la agresión y la violencia. La mujer es vista como un objeto de conquista y un bien de consumo.

2.1.3 Ciclo de la violencia doméstica contra la mujer en la relación de pareja. Cuando aparece el comportamiento violento en la relación de pareja se instaura lo que se ha denominado ciclo de violencia, el cual se caracteriza por la aparición de tres etapas.²¹²

2.1.3.1 Acumulación de tensión. “El agresor presenta al inicio cambios en su vida conyugal, sentimientos de hostilidad, provocaciones, verbalizaciones ofensivas y agresivas, se torna, nervioso, ansioso, irritable y no reconoce su enojo, manifiesta esbozos de desaires, desplantes, ira contenida, indiferencia, ironía y silencios. Aparecen episodios de agresividad hacia objetos, lanzando y rompiendo cosas, tirando las puertas²¹³.”

2.1.3.2 Explosión violenta: El agresor descarga la tensión acumulada con golpes, insultos, frases hirientes y abuso sexual, dirigidos a su pareja. Cuando hay intervención de las autoridades o familiares, se muestra calmado y tranquilo en apariencia, además culpa a su pareja como causante de la situación o quien provoco la agresión, lo grave de esta situación es que se torna periódica y más grave²¹⁴.

Arrepentimiento y reconciliación. El agresor muestra signos de arrepentimiento, se torna amable, atento, cariñoso, cercano a su pareja, pide perdón y realiza promesas de cambio, es una etapa de felicidad denominada por los autores “luna de miel”, a esto

211 RYNERSON, Bárbara C. Ibid., p. 1265.

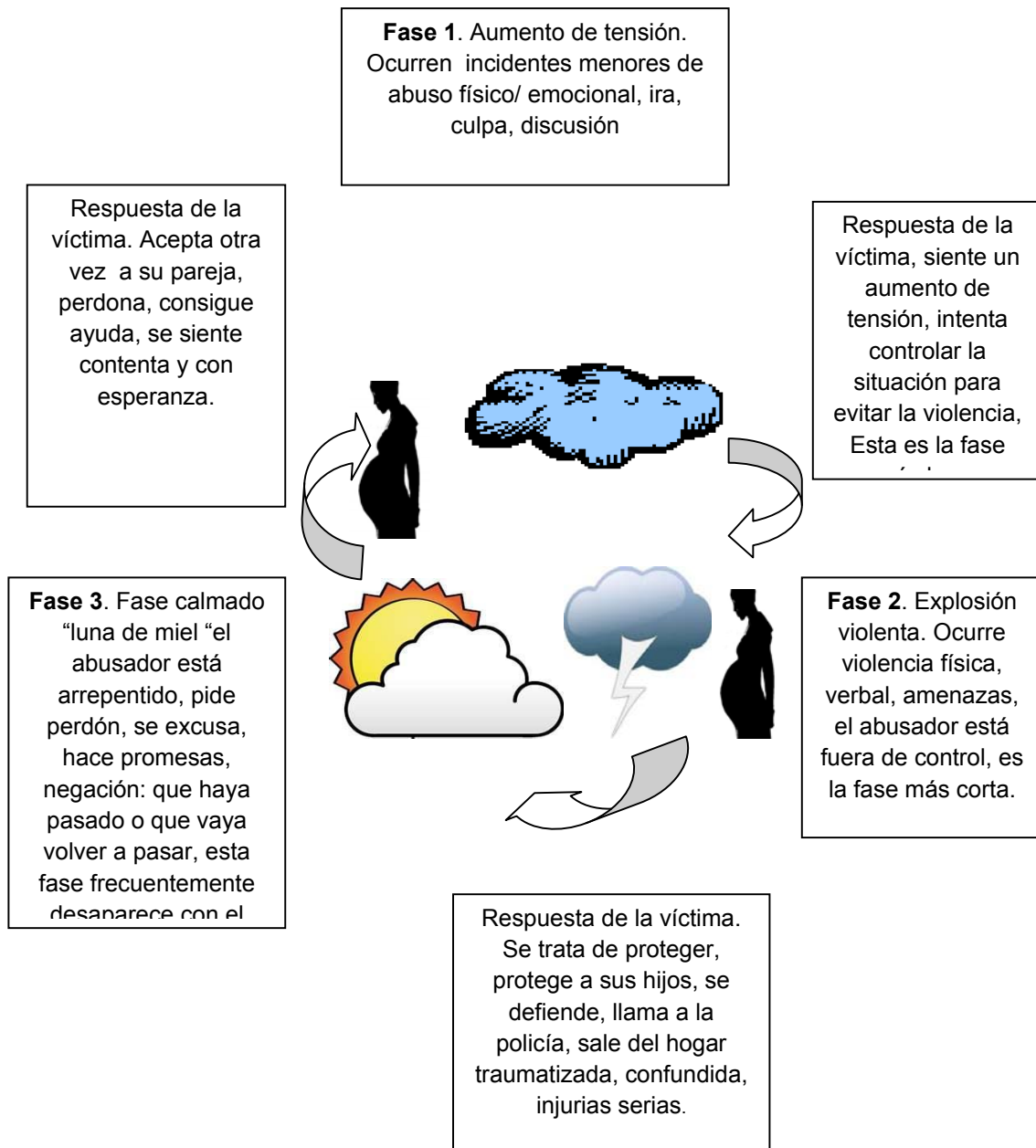
212 HELTON, Ann Stewart. A protocol of care for the battered woman. White Plains. New York. 1987. March of Dimes/birth Defects Foundation. En: RYNERSON, Bárbara C. Op.cit., p. 1271.

213 HELTON, Ann Stewart. Ibid. p. 1271.

214 Helton Ann Stewart. Ibid., p. 1271.

continúa un nuevo ciclo de tensiones, cuando el agresor siente que está perdiendo el control sobre la relación, el ciclo se vuelve repetitivo.²¹⁵ (Ver figura no.4)

Figura 4. Ciclo de violencia de pareja.



Fuente: Helton Ann Stewart. A protocol of care for the battered woman. White Plains. New York. 1987. March of Dimes/birth Defects Foundation.

215 Helton Ann Stewart. Ibid., p.1271.

2.1.4. Estereotipos sociales de la violencia de pareja. De tipo cultural e institucional, son ideas o imágenes aceptadas por la mayoría como un patrón o modelo de conducta, que prevalecen y contribuyen a generar situaciones de violencia de pareja. Entre los que se encuentran.

- Las mujeres como seres inferiores a los hombres.
- El hombre como el jefe del hogar.
- El hombre tiene derecho de propiedad sobre la mujer y los hijos. La privacidad del hogar debe ser defendida y mantenerse lejos de las regulaciones externas²¹⁶. Además, se han generado una serie de mitos acerca de la violencia hacia la mujer:
 - Culpando a la mujer (mitos a cerca de la provocación, masoquismo), y percibida como una elección deliberada por parte de la mujer a permanecer en esta situación de abuso²¹⁷.
 - Naturalizar la violencia (“el matrimonio es así”, “los celos son el condimento del amor”)²¹⁸.
 - Impedir a la víctima salir de la situación (mitos acerca de la familia, el amor, la abnegación, la maternidad, entre otros)”.

Estos elementos pueden generar en la mujer pensamientos y sentimientos de culpa o responsabilidad ante un incidente violento, aumentando el miedo, la vergüenza y la falta de confianza para hablar o denunciar la violencia²¹⁹.

2.1.5. Características que hacen a las mujeres vulnerables a relaciones de maltrato. La violencia de pareja contra la mujer se presenta sin distingo de clase social, cultura y grupo de edad, pero sin embargo se han encontrado algunas características comunes en mujeres sometidas a relaciones de maltrato, que las hacen vulnerables a esta situación.²²⁰²²¹ Entre ellas tenemos:

- La pobreza y el déficit educativo. Antecedentes de violencia doméstica en la familia de origen.
- Baja autoestima, debido a que la mujer se atribuye la característica de no ser

216 CORSI, Jorge. Op. cit., p.5, 7.

217 LAZENBATT, Anne; THOMPSON, Lyn y MC MURRAY, Frances. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives, attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. Midwifery. Diciembre. 2005, vol.21, no.4, p.322-334.

218 CORSI, Jorge. Op cit., p. 7.

219 RYNERSON, Bárbara C. Op.cit., p. 1271.

220 FERNANDEZ ALONSO. María del Carmen, et al Op. cit., p. 25.

221 RYNERSON, Bárbara C. Op.cit., p.1269-1270.

buena madre ni esposa, lo que conduce a que se auto-culpabilice del comportamiento violento de su pareja.

- Sumisión y dependencia, no tienen dominio ni control sobre sus vidas, lo delegan a otras personas.
- Aislamiento psicológico y social debido a la imposición o restricción impuesta por su compañero.
- Desequilibrio del poder en la pareja: que lleva a que se mantenga un vínculo traumático, caracterizado por la lealtad, miedo, terror, pesimismo y desesperanza.
- Embarazo
- Consumo de sustancias psicoactivas.

2.1.6 Consecuencias de la violencia de pareja. Los estudios realizados en las últimas dos décadas, aportan sobre las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres maltratadas a corto y largo plazo. Además de las lesiones físicas evidentes tienen un mayor riesgo de padecer de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abuso de sustancias, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio.

En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y/o psicológicos inespecíficos o por somatización, que se convierten en el motivo de consulta de una situación de maltrato²²² a continuación se presenta una tabla elaborada por la autora a partir de los resultados de diferentes trabajos consultados, de las principales consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer.²²³²²⁴(Ver tabla no.1)

²²²CAMPBELL, Jackelyn. Health Consequences of intimate partner violence. The Lancet. Baltimore. Abril. 2002, vol.359, no. 9313- 9314, p.1331-1336.

²²³ FERNANDEZ ALONSO. María del Carmen, et al. Op., cit. p. 25.

²²⁴ BLANCO, Pilar, et al. Op. cit., p. 185.

TABLA 1. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres.

Psicológicas y de conducta	
Depresión y ansiedad	Conductas sexuales inseguras (no protegidas)
Sentimientos de culpa y vergüenza	Disminución de la libido
Baja autoestima	Anorgasmia
Escaso cuidado personal	Falta de autonomía sexual
Trastornos psicosomáticos	Abuso de psico-activos, alcohol, tabaco
Crisis de pánico y fobias	Intentos de suicidio
Trastornos de alimentación bulimia, anorexia)	Uso de violencia con sus propios hijos
Trastorno de estrés postraumático	
Reproductivas y ginecológicas	
Embarazos no deseados	Abortos en condiciones inseguras
Embarazos de alto riesgo y complicaciones	Infecciones urinarias a repetición
Enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por VIH	Dolores pélvicos crónicos
Físicas	
Dolores crónicos	Fibromialgia
Cansancio	Problemas gastrointestinales (dispepsias)
Síndrome de colon irritable	Lesiones físicas traumáticas (contusiones y hematomas, fracturas, rotura de tímpano)
Funcionamiento físico reducido	
Sociales	
Aislamiento social	
Pérdida de empleo	
Ausentismo laboral	

Fuente Ramírez, Edna. Resultado del estado del arte para la construcción del proyecto de tesis.2010.

2.1.7 El personal de salud frente a la violencia de pareja

La OMS considera la violencia como un problema de salud pública²²⁵, y por lo tanto el personal de salud desempeña un importante papel en la prevención ayuda y apoyo a las víctimas, con la identificación de los casos de violencia²²⁶. Sin embargo, en la práctica se encuentra que en ocasiones estos casos se ignoran, minimizan, o no creen en la víctima. Se ha encontrado que durante la consulta los profesionales de salud centran su atención en las lesiones o daños físicos, sin indagar a profundidad sobre la frecuencia y las circunstancias que llevan a dicha violencia.²²⁷

Los hallazgos encontrados en la literatura como razones presentadas por el personal de salud para no indagar acerca de la violencia son: saturación de los sitios de consulta, falta de tiempo, olvido, sentirse abrumados, miedo a indagar en el tema, incomodidad o desconocimiento relacionado con el manejo de la información, o las intervenciones que deben realizar, como las más frecuentes.²²⁸²²⁹

Además, se encuentra falta de educación y conocimiento acerca de la violencia de pareja, y sus consecuencias sobre la salud física y mental²³⁰.

Se encontró también que las creencias, actitudes individuales y prejuicios, tienen una influencia significativa en la forma de actuar y el comportamiento, del personal de salud²³¹, lo que puede acarrear en respuestas inadecuadas, culpabilización de la víctima o restar importancia al problema; aumentando con esto la victimización de la mujer expuesta a violencia de pareja, agravando el problema.

Sin embargo, como lo manifiesta Ruíz Pérez, et al.: “el personal de salud puede aprender a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres que lo sufren un seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, la toma de decisiones, proveer atención y la derivación a otros servicios.”²³²²³³

225 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la violencia: una prioridad en salud pública. Op., cit.p.1-2.

226 LILA, Marisol y GRACIA, Enrique. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. En: Revista médica de Chile. Chile. Marzo, 2008, vol. 136, no. 3, p. 394-400.

227 LILA, Marisol y GRACIA, Enrique. Ibid., p.396

228 LILA, Marisol, y GRACIA, Enrique. Ibid., p.396.

229 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Op cit., p.9.

230 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER.(centro para la salud y atención de las mujeres).Boletín de la práctica clínica y directrices de gestión de los proveedores de atención médica. La violencia doméstica durante el embarazo. Octubre 14, 2009, p.2.

231 LAZENBATT, Anne, et al.Op. cit., p. 3.

232 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al.Op. cit., p. 9.

233 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. Qué pueden hacer los trabajadores de la salud. Junio de 1998.p.7.

Enfermería puede utilizar sus habilidades de comunicación terapéutica y escucha como intervenciones iniciales²³⁴. Urbanic (1993)²³⁵ afirmó que las intervenciones “deben centrarse en acrecentar el poder de la víctima para que desarrolle una sensación de autoestima, dominio, competencia y control para la resolución del problema”. Los servicios de urgencias, control prenatal, obstetricia, y hospitalización, son lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada²³⁶.

La organización Panamericana de la Salud, enuncia las formas como el personal de salud puede llegar a lastimar a las mujeres víctimas de violencia de pareja²³⁷:

- “Violando su confidencialidad: entrevistándola en presencia de su familia haciendo comentarios sobre los problemas discutidos sin el consentimiento de la víctima; llamando a la policía sin permiso de la víctima.
- Considerar intrascendente o restarle importancia al abuso: no tomar en serio el temor que la víctima siente; asumir que si lo ha tolerado por años, no tiene importancia. Insistir en que lo principal es mantener a la familia unida.
- Culpar a la víctima: preguntarle lo que ella hizo para provocar el abuso; tratarla como si ella fuera el problema. ¿por qué no se vá?, ¿por qué lo aguanta?, ¿Por qué se deja maltratar?
- No respetar su autonomía. recomendando el divorcio, recetando sedantes, recomendando irse a un albergue, terapias de parejas, o la intervención de la policía. Castigando a la víctima por no seguir los consejos.
- Ignorar su necesidad de sentirse segura: no reconocer el temor que siente. no preguntar si se “siente segura de regresar a su casa, o si tiene un lugar a donde ir en caso de que la situación empeore”²³⁸.
- Aceptar la agresión como algo normal. Desconocer su declaración de abuso. Aceptar la intimidación como algo normal en la relación. Creer que el abuso es el resultado a la desobediencia al patriarcado.

A su vez, muestra la forma como el personal de salud puede ayudar a las mujeres por medio del empoderamiento:²³⁹

234 RYNERSON, Bárbara C. Op cit., p.1278.

235 URBANIC, JC. Intrafamiliar sexual abuse.Nursing care of survivors of family violence.San Luis. Mosby 1993.citado por RYNERSON, Bárbara. Op cit., p. 1278.

236 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Op Cit., p. 11.

237 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hoja informativa. Programa mujer, salud y desarrollo. The medical power & control wheel.Domestic violence project, Inc. 6308. USA.2010, p.1- 2.

238 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Hoja informativa. Ibid.,p.1-2.

239 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ibid. p.1-2.

- “Respetando su confidencialidad: las conversaciones deben ser privadas, sin la presencia de los miembros de la familia. Esto es lo esencial para crear un ambiente de confianza y garantizar su seguridad.
- Creer y validar sus experiencias. Escuchar y creerle reconocer sus sentimientos y hacerle saber que no está sola.
- Reconocer la injusticia. La violencia cometida contra ella no es su culpa. Nadie merece ser abusado.
- Respetar su autonomía. Respetando su derecho de tomar decisiones sobre su situación. Ella sabe mejor que nadie qué en sus circunstancias.
- Ayudarla a planear su seguridad. ¿Qué medidas ha tomado para mantener su seguridad y la de su familia?, ¿Funcionarán?, ¿Tiene un lugar donde pueda ir en caso de que necesite escapar?
- Promover uso de los servicios comunitarios. Conocer y compartir los recursos de su comunidad: línea telefónica de ayuda, albergue para mujeres golpeadas, consejería psicológica, grupos de apoyo mutuo, servicios legales, entre otros”²⁴⁰.

2.1.8 La violencia durante el embarazo. Dentro de la violencia de pareja, se encuentra la violencia durante el embarazo, que es definida como una “situación de coacción y control que incluye la agresión física, sexual o emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja, o ex - pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo, que pone en peligro no solo una sino dos vidas.”²⁴¹²⁴²

Según lo referido por Cuevas y cols. “La violencia doméstica durante el embarazo es un hecho frecuente en los contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa.”²⁴³ En este sentido, la amplitud de rango en la prevalencia de la violencia de pareja durante el embarazo tiene que ver con la forma en que se hace la pesquisa y con las condiciones económicas desfavorables que caracterizan algunas regiones y países del mundo.²⁴⁴

A nivel mundial, se ha descrito la ocurrencia de este fenómeno en todas las sociedades, con amplios rangos que se movilizan entre 0,9 y 21%²⁴⁵ un estudio llevado a cabo en Australia²⁴⁶ informa que 20 % de las mujeres fue víctimas de violencia por primera vez cuando estaban embarazadas, así mismo la investigación realizada por Parker (1991),

240ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ibid. p.1-2.

241 MACY, Rebecca et al. Op cit., p.268.

242 TIWARI, A. et al. Op cit., p.268.

243ZAPATA, Leonor. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo. En: Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas, 2006, Vol. 66, no. 1, p. 13-20.

244CUEVAS, Sofía. Op cit., p. 239.

245ZAPATA, Leonor. Op. cit., p. 16.

246WALSH, Deborah. The Hidden Experience of violence during pregnancy: a study of 400 pregnant Australian women. Australian Journal of primary Health. Abril. 2008, vol. 14, no 1, p. 97-104.

reveló que 60% de las mujeres embarazadas admitieron haber sido maltratadas durante la gestación.²⁴⁷

Respecto a factores de riesgo de maltrato, aparece que la gestante adolescente, tiene un mayor riesgo²⁴⁸, debido a la inmadurez biológica y psicológica, que conlleva al adolescente a incurrir en comportamientos sexuales arriesgados o descuidados en forma precoz, y en un estimable número de casos al embarazo adolescente se suma el abandono o ausencia de la pareja²⁴⁹, en un estudio realizado por Ortiz Serrano et.al., en la ciudad de Bucaramanga, muestra las principales características encontradas en las adolescentes gestantes y los factores de riesgo para presentar violencia de pareja entre otros la edad, la escolaridad, la pareja, la asistencia a servicios de salud, ratificando lo hallado en otros estudios relacionado con la vulnerabilidad de este grupo de edad.²⁵⁰

En Colombia se encuentran pocos trabajos referidos a la violencia de pareja durante la gestación, uno de ellos realizado en Neiva²⁵¹ refiere el conjunto de síntomas que constituyen los principales motivos de consulta de la gestante maltratada, otro estudio realizado en el hospital San Vicente de Paúl²⁵² en Medellín, con 88 gestantes reportó que 38% tuvo alguna forma de violencia verbal o económica, 25% psicológica y 1,3% recibieron maltrato físico, de estas últimas 30% manifestaba que el maltrato psicológico era diario, y el agresor en 37% de los casos era el compañero.

Dentro de la multicausalidad de la violencia de pareja contra la mujer, el embarazo es visto como un factor que aumenta la posibilidad de agresión. Está documentado que el compañero, puede sentirse celoso de la atención que la mujer presta a su embarazo, o enojarse porque la compañera no está interesada en tener relaciones sexuales, o por los cambios de la figura de la mujer, pero sobre todo, reaccionar de manera agresiva, ante las dificultades y malestares (nauseas, vómitos, cansancio, dolores), que con frecuencia acompañan al embarazo, además puede generarse por el estrés bio-psico-social, del embarazo, lo que origina una relación de intolerancia y frustración de la pareja debido al

247PARKER,B, y McFarlane,J.I. Identifying and helpingbatteredpregnantwomen.Citado por: RYNERSON, Bárbara C. En: Enfermería Materno Infantil. Cap. 45. Violencia contra las mujeres.España. Harcourt- Océano, 2001,p.1272.

248ZAPATA, Leonor.Op. cit.,p.13-20.

249BLINN PYKE, Lynn, et al. Isthere a causal, link betweenmaltreatment and adolescentpregnancy? A literatureReview. Perspectiveson sexual and reproductivehealth, March– April, 2002,vol. 34, no 2, p.68- 75.

250ORTIZ SERRANO, Ricardo, et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal.En:Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Agosto, 2005, vol. 8, no.2, p. 71-77.

251MORENO ROJAS, Alberto. Op.cit., p.87-91.

252MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al.Op. cit.,p.18-25.

embarazo, que posteriormente se convierte en violencia.²⁵³ Otros estudios afirman que el estrés parece tener un impacto negativo en los sentimientos del padre hacia el bebé.²⁵⁴

Refiere Cuevas y cols. (2006)²⁵⁵ que diversos estudios han documentado que la violencia de pareja hacia la mujer embarazada sobre todo la de orden físico, puede ocasionar ruptura uterina, de hígado o bazo, fractura de pelvis, hemorragias, incremento del riesgo de aborto, abrupcio de placenta, corioamnionitis, actividad uterina pretérmino, bajo peso al nacer, y complicaciones del post-parto, incluso la muerte. Pero las complicaciones de la violencia contra la gestante no sólo involucran la dimensión física de la salud de la mujer, está demostrado que las gestantes desarrollan un cuadro de estrés que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, fobias, angustia e inadecuada autopercepción de salud. Tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos²⁵⁶.

Los efectos de dicha violencia en la mujer embarazada, varían según la etapa de la gestación, el tipo de violencia utilizado, la frecuencia y el tiempo de exposición, con repercusiones en la salud física de la mujer y su hijo por nacer²⁵⁷, y la conducta social y la salud reproductiva y mental de la mujer.²⁵⁸²⁵⁹

Respecto a las manifestaciones psico-emocionales de la violencia de pareja durante la gestación, las mujeres exhiben signos y síntomas que se movilizan entre: estrés, irritabilidad, ansiedad, temor, estado de ánimo lábil, inapropiado, sensación de no tener sentimientos, sentir que nada la conmueve o afecta y disforia caracterizada por mal humor, adicción al tabaco, alcohol y drogas, agresividad verbal o física sin estímulo que lo desencadene, dirigido especialmente a los hijos, depresión con efectos difíciles de determinar los cuales pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.²⁶⁰²⁶¹

253 ESPINOSA, Lisa, y OSBORNE, Kathryn. Domestic Violence During pregnancy. Implications for practice. Journal of Midwifery & Women Health. Septiembre-Octubre. 2002, vol. 47, no. 5, p. 308-309.

254 MALDONADO DURAN, Martín y LECANNELIER, Felipe. El papel del padre en la etapa perinatal. En: MALDONADO DURAN, J. Martín. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la Salud. Washington, D.C. 2011, p. 49.

255 CUEVAS, Sofía, et al. Op. cit., p. 240.

256 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER. (centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p. 1-2.

257 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización mundial de la salud. Violencia durante el embarazo. Op. cit., p. 1-2.

258 MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al. Op. cit., p. 12.

259 ESPINOSA, Lisa y OSBORNE, Kathryn. Op. cit., p. 308-309.

260 MARTÍN, SL., et al. Screening mothers for intimate partner abuse at well baby care visits. The right thing to do. citado en: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. Violencia durante el embarazo. Op. cit., p. 1-2.

261 ARCOS, Estela et al. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. En: Revista Médica de Chile. Santiago de Chile. 2001, vol. 129, no. 12, p. 1413-1424.

En el área cognoscitiva la mujer muestra alteraciones de la memoria, amnesia, falta de atención, alteraciones de la conciencia, y alucinaciones; ella se percibe con una imagen corporal distorsionada²⁶².

En el ámbito físico se presentan perturbaciones en el sueño (insomnio o duerme mucho), enuresis, anorexia, bulimia, taquicardia, disfunción sexual, frigidez impotencia, debilidad, fatiga, somatizaciones, (enfermedades cardíacas, asma, úlceras, erupciones de la piel, entre otras)²⁶³.

Hay hallazgos que asocian la violencia con la aparición de problemas en el desarrollo del embarazo, entre los que se enuncian el retraso en la asistencia a las citas de cuidado prenatal,²⁶⁴ un mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso²⁶⁵²⁶⁶

Teniendo en cuenta que el embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales, y es una etapa en la que hay conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que en principio merma sus deseos, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, lo que determina una mayor predisposición, para que haya estrés psicológico, que a su vez la hace vulnerable, a la aparición de ansiedad y depresión²⁶⁷²⁶⁸

2.1.9 Actuaciones desde el nivel legislativo y sector salud en Colombia para la violencia doméstica contra la mujer. En la revisión sobre las actuaciones, responsabilidades y políticas en el sector salud en Colombia frente a la violencia de pareja contra la mujer se encontró que:

El término “salud sexual y reproductiva”, se relaciona con un estado de bienestar físico, mental, social y sexual, y con la capacidad de la mujer de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, esto es, en resumen el poder disfrutar y decidir de forma voluntaria, libre e individual, recibir información, tomar decisiones, no recibir malos tratos, acceder a servicios adecuados de atención y a planes de prevención detección y promoción.

262ARCOS, Estela et al. *Ibid.*, p.1420.

263ARCOS, Estela, et al. *Ibid.*, p.142.

264 ZAPATA, Leonor. *Op.cit.*, p.15.

265 ESPINOSA, Lisa, et al. *Op. cit.*, p.308-309.

266 VALDES SANTAGO, Rosario y SANIN AGUIRRE, Luz E. La violencia doméstica en el embarazo y su relación con el peso al nacer. *En*: Salud Pública de México. México. 1996, vol 38, no. 005.p. 352.

267Gómez Ayala, Adela Emilia. *Op.cit.*, p.4.

268 LAM, Nelly et al. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *En*: Revista Peruana de Epidemiología. Diciembre, 2008, vol. 12, no 3, p.1-8.

Aparece entonces en el año 2003 la política nacional de salud sexual y reproductiva con el objetivo de atender a grupos vulnerables, entre ellos, las víctimas de violencia.

Así las cosas entre las funciones del sistema de salud está la de garantizar la atención a las víctimas de violencia de pareja, por medio de mecanismos de vigilancia y control, actualización de bases de datos, identificando estrategias de intervención, detección y protección, mediante la divulgación dirigida a la ciudadanía de las conductas que constituyan violencia en todas sus manifestaciones.

Con respecto a las acciones de protección a la gestante, tenemos en el distrito la estrategia de Maternidad segura que tiene acciones encaminadas a garantizar una gestación segura desde la etapa preconcepcional, gestación, parto y puerperio, manejar los riesgos asociados a la maternidad y brindar tratamiento ante las complicaciones que por factores biopsicosociales surjan en esta etapa.

La existencia de instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las alcaldías con sus diferentes dependencias, entre ellas la Secretaría de salud, la secretaria de integración social, la secretaría de salud y las comisarías de familia que son entidades distritales, municipales o intermunicipales que forman parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, cuya misión es prevenir, garantizar, restablecer y reparar los derechos de los miembros de la familia afectados por situaciones de violencia intrafamiliar.

2.1.9.1. Leyes de protección hacia las mujeres contra la violencia de pareja. Existen en Colombia las siguientes leyes que buscan garantizar y proteger los derechos de las mujeres son estas: (ver tabla no. 2)

Tabla 2. Leyes de protección en Colombia para las mujeres, contra la violencia.

Ley 51 de 1981	Mediante esta ley incorpora a la legislación colombiana la convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw).
Constitución Nacional de la República de Colombia 1991	La familia como institución básica de la sociedad, el respeto entre sus miembros, (art. 5), en su Artículo 42 dictamina tratamiento integral y la sanción de cualquier acto de violencia que se genere en el interior de la familia. ²⁶⁹ El reconocimiento de la libertad y la igualdad de las personas ante la ley y la proscripción de cualquier tipo de discriminación, entre otras, por razón del sexo (art. 13).
Ley 248 de 1995	La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará”
Ley 294 de 1996	Normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. ²⁷⁰
Ley 171 de 2006	Normas de sensibilización, prevención, y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se forman los códigos penales, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996.
Ley 497 de 1999	Estableció la jurisdicción de Jueces de Paz como mecanismo alternativo a la solución de conflictos, entre ellos la violencia intrafamiliar
Ley 575 de 2000	Modificó parcialmente la Ley 294 de 1996 y trasladó la competencia en materia de violencia intrafamiliar de los jueces de familia a los comisarios de Familia y a falta de éstos a los Inspectores de Policía; otorgó asistencia a las víctimas de maltrato; consagró delitos contra la armonía y la unidad familiar (maltrato físico, psíquico o sexual) ²⁷¹ .

269 REPUBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia. Título II. Artículo 42. De los derechos sociales, económicos y culturales.

270 REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 294 de 1996. (julio 16). Diario oficial. No 42836, de 22 de julio de 1996. Título I al VI.

Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la constitución Política y se dictan normas, para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

271 REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 575 de 2000 (febrero 9). En Diario Oficial No. 43889. de 11 de febrero de 2000. Artículo 1 al 14. por medio del cual se reforma parcialmente la ley 294 de 1996.

Ley 599 de 2000, artículo 229 y 230.	(Códigos Penal y de Procedimiento Penal).
Ley 640 de 2001	Modificó normas relativas a la conciliación.
Ley 742 de 2002	Aprobó el Estatuto de Roma e incluye delitos relacionados con violencia basada en el género.
Ley 800 de 2003	El protocolo para prevenir, Reprimir y sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.
Ley 882 de 2004	Aumentó la pena para el delito de violencia intrafamiliar.
Ley 985 de 2005	Adoptó medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas.
Ley 1257 de 2008	Adopto las normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. Se dictaron normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996.
Ley 1438 de 2011	Reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Responsabilidades del Sector Salud en cuanto a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

Fuente. Situación de violencia contra las mujeres. Ley 1257 de 2008. Procuraduría General de la Nación. Procurando la equidad 4. Vigilancia superior a la garantía de los derechos desde la perspectiva de género.

2.1.10 Procedimiento ante un evento de violencia. Los siguientes son los procedimientos o actividades que se deben realizar ante la presencia de un evento de violencia:

- “La víctima o cualquier persona que actúe como víctima puede denunciar ante estas instituciones que ha sido víctima de daño físico, o psíquico, o cualquier otra forma de agresión producida por parte de otro miembro de su grupo familiar.

- En caso de riesgo o violencia familiar los centros de conciliación pueden solicitar medidas cautelares ante un juez competente, como respuesta a toda conducta de uno de los conyugues tendientes a corromper o pervertir al otro; a un descendiente, o a personas que estén a su cuidado y convivan bajo el mismo techo.
- La comunidad y los vecinos tienen la responsabilidad de informar a las autoridades competentes inmediatamente, cuando identifiquen casos de violencia intrafamiliar²⁷².
- La petición de medida de protección inmediata se formulará ante el comisario de familia del lugar de los hechos. La solicitud podrá presentarse por escrito, en forma verbal o por cualquier otro medio idóneo, a más tardar dentro de los (30) días siguientes a la ocurrencia de los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar.

2.1.11 Competencias institucionales ante los eventos de violencia.

2.1.11.1 El sector salud.

- Identifican, atienden, remiten y notifican el caso
- Exploran en la consulta médica general o en programas de crecimiento y desarrollo, control prenatal, planificación familiar entre otros.
- Atienden la urgencia y mantiene la cadena de custodia.
- Ordenan y realizan los exámenes de laboratorio
- Garantizan anticoncepción de emergencia
- Brindan atención psicoterapéutica
- Proveen tratamiento farmacológico para infecciones de transmisión sexual
- Ejerce las funciones de medicina legal cuando esta instancia no existe en el municipio.
- Dan aviso inmediato: al ICBF cuando es un menor de edad A la fiscalía o autoridad judicial más cercana.²⁷³

2.1.11.2 El instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- Identifica, atiende, remite y notifica el caso
- Toma Medida de protección inmediata
- Realiza investigación socio familiar
- Gestiona la denuncia ante la fiscalía
- Acompaña y apoya a la víctima
- Puede solicitar examen a medicina legal

272 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. Secretaria de integración social. Plan de atención de la violencia intrafamiliar en el Distrito Capital. Consejo Distrital para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual. Bogotá D.C. 24 de enero de 2008, p. 2-23.

273 RESTREPO, Olga Lucía. Guías para la detección, evaluación, atención y seguimiento a personas y familias o espectadores de violencia intrafamiliar desde instituciones prestadoras de servicios de salud. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2006, p. 16.

- Remite y gestiona atención en servicios especializados: nutrición, psicología, trabajo social, educación y salud.
- Toma medidas de protección definitivas
- Realiza seguimiento del caso
- Maneja los casos cuando el agresor es menor de 12 años.²⁷⁴²⁷⁵

2.1.11.3 Las comisarías de Familia.

- Recibe, denuncia y remite a fiscalía
- Toma medidas de protección
- Puede solicitar examen a medicina legal
- Apoya a la familia y acompaña a la víctima
- Realiza investigación socio familiar
- Remite y gestiona atención en servicios especializados
- Realiza seguimiento del caso.²⁷⁶²⁷⁷

2.1.11.4 La Fiscalía.

- Recibe, denuncia e investiga
- Ordena Pruebas
- Solicita exámenes a medicina legal
- Realiza visitas a la escena
- Ordena o dispone medidas de protección (víctimas, testigos)
- Orienta a la víctima
- Dispone captura.²⁷⁸

2.1.11.5 El Cuerpo técnico de investigación (CTI).

Apoya Al fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa investigativa.²⁷⁹

274 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Política nacional para la construcción de paz y convivencia haz paz. Documento Compes. Bogotá D.C. Junio.2000. En: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. "El Derecho del Bienestar Familiar." Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. Última actualización: 30 de noviembre de 2011, p.1-5.

275 DEFENSORIA DEL PUEBLO. Red de promotores de derechos humanos. Mecanismos de protección contra la violencia intrafamiliar. Bogotá. D.C. 2001, p.61

276 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. *Ibid.*, p.1-5.

277 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Ibid.*, p.56-57.

278 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Ibid.*, p. 64.

279 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Ibid.*, p. 64.

2.1.11.6 El Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Realiza examen sexológico, recolecta elementos materia de prueba, recomienda exámenes o actuaciones en materia de salud y remite resultados a fiscalía médica.²⁸⁰

2.1.11.7 La Policía.

- “Recibe denuncia, remite a fiscalía y solicita examen a medicina legal - Acompaña y orienta a la víctima.
- Protege la escena del delito y asesora a la víctima sobre las medidas para conservar las pruebas de los actos constitutivos de violencia.
- Apoya a las demás autoridades
- Reporta el caso
- Suministra información a las víctimas sobre sus derechos y sobre los servicios que prestan las instituciones gubernamentales o privadas que se encuentran disponibles para ellas.
- La policía debe intervenir para evitar la consumación de la(s) conducta(s) Violenta (s), agresiva(s) o de maltrato al interior de la familia que constituyan conducta punible. Las autoridades de policía deben prestar toda la ayuda necesaria a las víctimas del maltrato a fin de impedir que se repitan esos hechos, remediar las secuelas físicas y psicológicas que se hubieren ocasionado y evitar la retaliación por tales actos. (Defensoría 2001).²⁸¹

2.1.11.8 Los Defensores de Familia.

- Adoptan, si fuere urgente, las medidas cautelares de ley (Artículo 89 Ley 446 de 1998) a favor de las víctimas en los casos de riesgo y violencia familiar. Estas medidas podrán adoptarse hasta por treinta días y requieren ser refrendadas por parte del juez de familia para que se sigan conservando.
- Solicitan la medida de protección en favor de la víctima de la violencia, la agresión o el maltrato cuando se halle en imposibilidad de hacerlo por sí misma.²⁸²

2.1.11.9 La Procuraduría General de la Nación.

- Promueve ante las autoridades judiciales y administrativas, el cumplimiento de las disposiciones nacionales e internacionales sobre protección de los derechos humanos.²⁸³

280 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. *Ibíd.*, p.3.

281 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Op. cit.*, p. 64.

282 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Op. cit.*,p. 59.

283 DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Op. cit.*, p. 64.

2.1.11.10 La defensoría del pueblo.

- Por mandato constitucional la Defensoría debe orientar e instruir a las víctimas para que conozcan las medidas legales de protección, denuncien los hechos de violencia, agresión y maltrato que constituyan hechos punibles y acudan ante las autoridades correspondientes para que protejan sus derechos.
- El Defensor del Pueblo, puede instaurar querrela en los casos de conductas punibles que lo requieran, cuando el sujeto pasivo estuviere imposibilitado para hacerlo, o sea incapaz y carezca de representante legal, o éste sea autor o participe de la conducta punible. Igualmente, puede presentar querrela cuando se afecte el interés público, o puede instaurar la acción de tutela en los casos establecidos en el ordenamiento jurídico.²⁸⁴

2.1.12 Medición del fenómeno Violencia

Para el estudio, Diagnóstico medición de la violencia se han creado múltiples instrumentos, que valoran de forma simultánea o por separada la violencia física, psicológica y sexual. Referidos en uno de sus estudios por Thompson y otros en el 2006²⁸⁵. Dichos instrumentos constituyen herramientas de rigurosa búsqueda de la violencia contra la mujer, lo que ha permitido continuar con la investigación de este fenómeno, medir la prevalencia, naturaleza y consecuencias de la violencia contra la mujer, y así, mejorar las intervenciones que se llevan a cabo. Dentro de los instrumentos más conocidos para medir la violencia doméstica en el embarazo, se encuentran.²⁸⁶

La pantalla de evaluación de abuso de drogas,²⁸⁷ traducida a seis idiomas, es una herramienta que consta de 5 preguntas el cual incluye gráficos del cuerpo para documentar las lesiones, sin embargo no se encuentran datos relacionados con la sensibilidad, especificidad y valores predictivos, de este instrumento.

El instrumento Thehurt²⁸⁸, (insultos y amenazas), identifica el abuso físico y verbal, en una escala Likert de 5 puntos. Sin embargo sirve solo como medio para establecer si la mujer presenta o no violencia de pareja sin profundizar en las formas como se manifiesta dicha violencia.

284 Defensoría del pueblo. Op.cit., p.67.

285 THOMPSON, M.P; BASILE, KC; HERTZ, MF y SITTERLE, D. Measuring Intimate Partner Violence, Victimization and Perpetration: A compendium of assessment Tools. Center for Disease control and Prevention. Atlanta. 2007. p.18-22.

286 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER.(centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p.3.

287 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER. (centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p.3.

288 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER. (centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p.4.

La pantalla de violencia de pareja²⁸⁹, permite establecer presencia de violencia física y la percepción de la mujer de su seguridad, consta de tres preguntas y se utiliza en los servicios de urgencias para determinar si existe o no violencia de pareja.

The woman abuse screening tool.²⁹⁰ Con ocho preguntas este instrumento aborda la violencia emocional, física y sexual. Sin embargo se encontró que en población de habla española tiene menor sensibilidad, en pacientes de atención primaria. En Colombia, los estudios realizados para medir violencia de pareja, han hecho uso de encuestas utilizadas en estudios internacionales, o basándose en ellos para la elaboración de sus instrumentos.

Dentro de la búsqueda de un instrumento adecuado para la presente investigación, se estableció la utilización del Índice of spouse abuse (ISA). (Índice de abuso en la pareja).²⁹¹ El cual ha sido traducido y utilizado en diversos países: Canadá,²⁹² España,²⁹³ Estados Unidos,²⁹⁵ China,²⁹⁶ Brasil,²⁹⁷ Colombia,²⁹⁹ entre otros.

Originalmente creado en Estados Unidos por Hudson y McIntosh (1981).³⁰⁰ Fue desarrollado con el propósito de evaluar la severidad del abuso (físico y no físico), sufrido por la mujer a manos de su pareja en el último año. Consta de 30 ítems en una escala tipo Likert, con dos subescalas independientes: violencia física y violencia no física.

289 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER. (centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p.4.

290 WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER. (centro para la salud y atención de las mujeres). Op. cit., p.4-5-

291 SIERRA, J.C, et al. Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española de Index of Spouse Abuse. En: Boletín de Psicología. España. 2007, no.91, p.84.

292 FRY, Prem S y BARKER, Lisa A. Female Survivors of abuse and violence. The influence of storytelling reminiscence on perceptions of self-efficacy, ego, strength, and self esteem. En: Critical advances in reminiscence work. Springer Publishing. New York. 2007. Springer Publishing. p.198.

293 SIERRA, J.C et al. Op cit., p.84.

294 PLAZAOLA CASTAÑO, Juncal; RUIZ PEREZ, Isabel y JIMÉNEZ GUTIERREZ, Esther. Estructura factorial, validez interna del Índice of Spouse Abuse, en una muestra nacional de mujeres en atención primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. En: CIBER de Epidemiología y Salud Pública. España. 2007. p.1-2.

295 BRADLEY, R; SCHWARTZ, A.C. y Kaslow, N.J. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women, with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. Citado por: SIERRA, J c et al. Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española de Index of Spouse Abuse. En: Boletín de Psicología. España. 2007, no.91, p.84.

296 TANG, C. Psychological Abuse of Chinese Wives. citado por SIERRA, J.C et al. Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española de Index of Spouse Abuse. En: Boletín de Psicología. España. 2007, no.91. p.84.

297 SIERRA, Juan Carlos; COSTA, Nazaré y SANTOS IGLESIAS, Pablo. Un estudio de las propiedades psicométricas de la versión brasilera del Índice of spouse abuse. En: RIDEP. España. 2010, vol. 2, no 30. p. 57-67.

298 SIERRA, Juan Carlos; COSTA, Nazaré; BERMUDEZ, María Paz y BUELA CASAL, Gualberto. Comparación entre mujeres negras y blancas víctimas de la violencia de pareja al nordeste de Brasil. En: Revista colombiana de psicología. Bogotá. Julio-Diciembre 2009, vol. 18, no. 2, p 135- 143.

299 MORALES, Mónica Fernanda, et al. Variables asociadas a abuso físico y psicológico a la pareja. Bogotá. En: Revista ciencias de la salud. 2011, vol 9, no.3, p.271-280.

300 HUDSON, Walter W. y MCINTOSH, Sally Rau. The Assessment of spouse abuse: two Qualificable dimensions. En: Journal of Marriage and the family. 1981, no. 43, p.873-888.

Los autores aislaron en dos dimensiones el instrumento. La violencia física sexual: (como violencia/ abuso físico) y violencia psicológica, situaciones de control: (como violencia/abuso no físico), por medio del análisis de los componentes, (rotación varimax),³⁰¹ con la asignación de valores ponderales a cada uno de los ítems. Así teniendo en cuenta estos valores ponderales el factor abuso físico quedó integrado por 12 ítems y el abuso no físico por 18 ítems. Cuya puntuación en cada una de las escala va de 0 a 100 puntos.

Para la realizar la adaptación al español de la escala, se utilizó una muestra de 390 mujeres latinas que habitaban en España, que incluyeron mujeres de nacionalidad Colombiana.³⁰²

Ventajas de la utilización de Index of spouse abuse. La adaptación y validación de la escala en varios contextos ha demostrado que:

“la escala permite medir, de manera independiente, dimensiones de violencia más allá de la física y la no física, (se pueden identificar conductas de violencia tanto sexual, como física, como emocional, como situaciones de control por parte de la pareja).

Además de clasificar las mujeres como maltratadas o no maltratadas, valora la severidad de la violencia contra la mujer en la pareja.

Permite además valorar la violencia sufrida por la mujer a manos de su pareja en el último año, ya sea que conviva o no con ella en este momento. Valorando la dinámica de la relación.

Cada uno de los ítems presenta una conducta de pareja hacia la mujer y se puede establecer la frecuencia de esa conducta con nunca, rara vez, algunas veces frecuentemente, muy frecuentemente.

Cuenta con versión al idioma español con estudios de estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez.

El acceso a la escala es gratuito y solo requiere para su utilización mencionar la fuente de donde se obtiene.”³⁰³ Depresión postparto

2.2 Cambios y ajustes emocionales presentados por mujer durante la gestación

La parentificación o parentalidad, estudiado por Lebovici et al. Muestra los cambios psicológicos que experimenta la mujer y su transición para convertirse en madre, principalmente durante su primera gestación. Por medio de una serie de modificaciones y

301 SIERRA, J.C, et al. Op cit., p.84.

302 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Escuela Andaluza de Salud Pública. Observatorio de Salud de la mujer. España, 2009, p.2-54.

303 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p.2-54.

ajustes en su forma de pensar, sentir y cambios en su estilo de vida. Pasando de pensar en “sí misma” a pensar en su hijo como un “nosotros.” Esta puede manifestarse por medio de sentimientos de felicidad, inseguridad, miedo o rechazo.³⁰⁴

2.2.1. Situaciones de estrés durante el embarazo. Considerados universalmente como factores de riesgo, son entre otros: la pobreza, malas condiciones de vida, mujeres que trabajan durante toda la gestación, sometidas a presión económica y laboral, dificultades psicosociales, tensiones intrafamiliares (violencia de pareja). O un entorno externo de violencia y criminalidad.³⁰⁵

2.2.2. Apoyo social. El déficit de apoyo social tiene efectos negativos sobre la salud física y mental de la persona. Es así como el estrés está asociado a una respuesta deficiente del sistema inmune (menor actividad de las células asesinas). Desencadenando efectos nocivos sobre la mujer y el feto. Y a largo plazo en cambios conductuales y cognoscitivos en el bebé.³⁰⁶

2.2.3 Conducta paterna. La gestación puede tener un impacto negativo, en la conducta paterna, generando sentimientos de competencia o celos con respecto a su hijo, preocupación por los cambios que este producirá en la relación con su pareja, y en algunos casos sentirse desplazado. El padre puede proveer todos los recursos materiales a su pareja e hijo, y a su vez no tener idea como responder o reaccionar ante conductas o emociones cambiantes de su pareja, como brindarle apoyo y como expresar sus propias emociones, lo que puede generar sentimientos de alegría, incertidumbre y frustración.³⁰⁷

El padre puede sentir mayor ansiedad por preocupaciones económicas, por la obligación de asumir el papel protector, por los cambios en su relación matrimonial, en el interés sexual de su compañera y en sí mismo, entre otros.³⁰⁸

304 LEBONICI, S. Les liens intergénérationnels. Les interactions fantasmatiques. Citado por: MALDONADO DURÁN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. En: MALDONADO DURÁN, J. Martín. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p. 4-5.

305 MALDONADO DURAN, J. Martín et al. Perinatal Psychiatry: infant mental health interventions during pregnancy. Citado por: MALDONADO DURAN, J. Martín y SAUCEDA GARCIA, Juan Manuel. Fenómenos de programación in útero: alto nivel de estrés psicosocial y desnutrición durante el embarazo. En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p. 21-22.

306 COUSONS-READ, M, et al. The Psychoneuroimmunology of pregnancy. Citado por: MALDONADO DURAN, J. Martín y SAUCEDA GARCIA, Juan Manuel. Fenómenos de programación in útero: alto nivel de estrés psicosocial y desnutrición durante el embarazo. En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p. 23.

307 MALDONADO DURAN, J. Martín y LECANNELIER, Felipe. El papel del padre en la etapa perinatal. En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p. 48.

308 MALDONADO DURAN, J. Martín y LECANNELIER, Felipe. El papel del padre en la etapa perinatal. Ibid., p. 51.

2.3 Definición de depresión postparto

La depresión, es una enfermedad clínica grave, mal adaptativa, e incapacitante.³⁰⁹ La palabra depresión se ha utilizado de varias formas refiriéndose a ella como a un signo, síntoma, síndrome, estado emocional, reacción, enfermedad o entidad clínica.³¹⁰

Esta palabra procede del latín “depressus” que significa abatido, derribado, se refiere a la sensación de tristeza profunda e inmotivada, acompañada de la inhibición de las funciones psíquicas.³¹¹ Según la Organización Mundial de la Salud las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto. El suicidio es la séptima causa de muerte entre las mujeres de 20 a 59 años.³¹² Se caracteriza por conductas como la tristeza, desilusión, frustración, derrota, debilidad, indefensión, inutilidad, lentitud e incluso agitación en algunos casos.³¹³

A nivel mundial esta enfermedad constituye un grave problema para las mujeres durante el puerperio que puede desencadenar, si no se detecta a tiempo, serias repercusiones tanto para la madre que la padece, el recién nacido y su familia. En el mundo, las cifras reportadas varían teniendo en cuenta la población estudiada, patrones socioculturales, la forma de medición, los criterios diagnósticos, sin embargo, en los estudios realizados, la prevalencia oscila entre 10 y 20%, y sus efectos prolongarse 6 a 18 meses después del parto.³¹⁴

En estudios realizados en estados Unidos, por ejemplo, por cada millón de nacimientos al año, hay una tasa de prevalencia de mujeres con depresión en el postparto de cerca de 50.000.³¹⁵ Dentro de las principales causas se establecen, de tipo hormonal, vida o eventos estresantes, antecedentes de depresión, no- puerperal y puerperal, historia de desorden distrófico premenstrual, historia familiar de desórdenes en el estado de ánimo. Las investigaciones realizadas señalan como la principal causa de la depresión posparto el factor psicosocial; es decir que la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer que acaba de tener su hijo es lo que determina que sufra de depresión.

309 STUART, Gail W. Capítulo 19. Respuestas emocionales y trastornos del estado de ánimo. En: Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica. 8va edición. España. Elsevier, 2006, p. 331- 334.

310 STUART, Gail W. Capítulo 19. Respuestas emocionales y trastornos del estado de ánimo. 8va edición. España. Elsevier. *Ibid.*, p. 331.

311 Diccionario de la lengua española Plus. Definición de depresión. Editorial norma. 2003. p. 240.

312 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de prensa. Nota descriptiva N°334 Noviembre de 2009.

313 LEAHY WARREN, Patricia y MC CARTHY Geraldine. Postnatal Depression: Prevalence, Mothers Perspectives, and Treatments. Archives of Psychiatric Nursing, April. 2007, vol. 21, no. 2, p 91–100.

314 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en la incidencia de Depresión postparto. En: Nure Investigación. Noviembre. 2003, no 0, p. 1-3.

315 STUART, Gail W. *Ibid.*, p. 334.

La conducta materna, repercute aun durante el proceso de adaptación al embarazo, en el proceso de vinculación afectiva con el niño antes y después de su nacimiento. Según estudios realizados, la depresión materna, puede repercutir en que el rito de pasaje por la maternidad se realice de forma incompleta, por lo tanto, la adaptación a la función social de la madre se ve retrasada. Esto implica un déficit en las competencias y habilidades de la madre, así como la falta de apego, la forma de cuidado que brindan las madres a sus hijos puede llegar a ser irreflexiva y mecánica. Esto puede manifestarse en cambios de conducta del niño, al tratar de imitar a la madre, o debido al déficit de estímulo. La madre deprimida puede mostrar sentimientos de rechazo, hostilidad, indiferencia afectiva, o crítica, o presentar dificultad para llevar a cabo la crianza manejo y cuidados de su hijo.³¹⁶³¹⁷³¹⁸

2.3.1 Categorías de la depresión posparto. Cuando la depresión aparece en El postparto, los síntomas se dividen en tres categorías según su gravedad: tristeza del postparto, depresión en el posparto, y psicosis en el postparto.

2.3.1.1 Tristeza en el posparto o baby blues. Se presenta durante los primeros 1 a 5 días posparto, caracterizado por episodios breves de un estado de labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, con presencia de llanto. Se presenta entre el 50 a 80% de las mujeres. Esta se resuelve de manera espontánea, con el apoyo, comprensión de la familia y de la pareja, no ocasiona deterioro significativo en la mujer que lo presenta y se encuentra asociado a una supresión abrupta de la progesterona³¹⁹³²⁰

2.3.1.2 Depresión posparto. Puede iniciar desde la 2ª, semana posparto y extenderse hasta los 12 meses después del parto. El riesgo de depresión posparto es de 10 a 15%, se manifiesta con síntomas de fatiga, cansancio, dolores pasajeros falta de energía o agotamiento físico, tristeza, sensación de inutilidad, minusvalía, síntomas que por lo general están relacionados con el papel de la mujer en la crianza o ideas obsesivas de agresión contra su hijo, inquietud, menor reactividad emocional, dificultades para el autocuidado (falta de búsqueda de asistencia, o ayuda, poca higiene personal), alteraciones del sueño, del apetito, de la concentración, o cuidado del recién nacido.³²¹³²²

316 BAR, Jennifer Ann. Postpartumdepressiondelayed maternal adaptation and mechanicalinfantcaring: A phenomenologicalhermeneuticstudy. En: International Journal of Nursing studies.2008,no.45, p.362- 369.

317LOGSDON M, Cynthia; WISNER, Katherine y PINTO FOLTZ, Melissa D. The impact of Postpartum Depression on mothering. En: Journal Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing.2006, vol 35, no 5, p. 662-658.

318 PEDROS ROSELLO, Alvaro.et al. influencia de la conducta, lasactitudes y el estilo de crianzasobre el desarrollo del niño en madres con depresionpostparto. En:ActasEspañolas de Psiquiatría.Septiembre-Octubre.2002,vol.30,no5,p.292-300.

319MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.750-751.

320 MALDONADO DURAN,J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal. En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p.159.

321MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.751.

322 MALDONADO DURAN,J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal.Op.cit., p. 159-160.

2.3.1.3 Psicosis posparto. Puede dividirse en dos tipos depresivo y maniaco.

La incidencia es baja, y los síntomas pueden comenzar 2 a 3 días después del parto. Se caracteriza por síntomas delirantes con ideas de daño hacia el recién nacido, visiones casi alucinatorias, labilidad afectiva, desorientación y, confusión, deseos infanticidas que pueden llevarse a cabo, sentimientos de culpa y catástrofe.³²³

2.3.2 Factores involucrados en la depresión posparto. Varios factores se han planteado para explicar la aparición de la depresión en el posparto³²⁴ entre ellos se encuentran:

De tipo hormonal: Se ha asociado la depresión en el posparto con una supresión hormonal abrupta. Durante la gestación puede producirse una elevación de los estrógenos y progesterona. Luego de la caída rápida de estos esteroides ováricos, en el posparto; especialmente de un metabolito derivado de la progesterona la alopregnanolona que presenta afinidad por los receptores GABA, los cuales producen efectos ansiolíticos y anestésicos.³²⁵³²⁶ Además estudios han asociado el hipotiroidismo como factor que influye sobre el comportamiento de la mujer, asociando la presencia de anticuerpos anti tiroideos y la depresión postnatal.³²⁷

Paridad: En investigaciones realizadas han sugerido el número de partos como factor en la aparición de depresión en el posparto³²⁸. Se encontró que El Baby blues o tristeza posparto, afecta de 70 a 85% de las nuevas madres, concluyendo que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto³²⁹. Se han argumentado también causas psicológicas de la depresión posparto reportando sentimientos de “inadecuación” o no “adaptación” de la nueva madre, respecto a su relación con el bebé.³³⁰

323 MAEVE, M Katherine. *Ibid.*, p.751.

324 EUCIMEN, yeane Alici y SUDAK, Donna M. Postpartum Depression. *Psychiatry update. Primary care update Obstetric and Gynecologic*. Elsevier. 2003, vol 10, no.5, p. 210-216.

325 ACUÑA, Mario. Actualización Depresión Posparto. Evidencia en atención primaria. Unidad de medicina familiar y preventiva hospital Italiano de Buenos Aires. Noviembre– Diciembre. 2006, vol.5, no.66, p.180-183.

326 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. *Op. cit.*, p.1-3.

327 MALDONADO DURAN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal. *Op.cit.*, p.158.

328 MORRIS. Jeanine K, et al. Sondeo de la depresión posparto en una zona urbana. *En: revista médica de la Universidad Veracruzana*. México. Enero-Junio, 2004, vol 4, no.1, p.1-2.

329 VARGAS MENDOZA, J. E. y GARCÍA JARQUÍN, M. Depresión posparto: presencia y manejo psicológico. Centro regional en investigación en psicología. 2009, vol 3.no.1, p.11-18.

330 VARGAS MENDOZA, J. E. y GARCÍA JARQUÍN, M. *Ibid.*, p.15.

2.3.2.1 De tipo individual:El embarazo puede generar una lucha interna en la mujer, entre las necesidades y aspiraciones individuales, y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que aminoran los proyectos o generan dudas acerca de la capacidad personal, para ofrecer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo general hay mayor predisposición a presentar estrés psicológico. Dejando más vulnerable a la mujer a presentar ansiedad y depresión.³³¹El embarazo no deseado y el embarazo adolescente pueden llevar a un riesgo elevado de complicaciones, que requieren un seguimiento en el posparto, en el que la mujer está expuesta a la aparición de depresión.³³²

2.3.2.2 Factores biológicos: Antecedentes personales o familiares de depresión escaso o limitado apoyo introversión o rasgos neuróticos, presentan más riesgo de desarrollar depresión postparto³³³.Antecedentes psiquiátricos previos: estudio realizados describen que antecedentes de depresión previa aumentan la posibilidad entre el 10 y 24 %, si la depresión aparece durante el embarazo, el riesgo de aparecer en el posparto aumenta en un 35 %, y un antecedente de depresión en un parto anterior aumenta la posibilidad aparición hasta en un 50%.³³⁴

2.3.2.3 Factores sociales y económicos:Una pareja que no brinde apoyo a su compañera, o del cual exista solamente la presencia física en la casa pero la mujer no puede hablar con él de sus preocupaciones, minimiza lo que ella siente o no le presta atención. No tener un compañero o ser madre soltera, el aislamiento social, o la mujer que no cuenta con una red de personas que la apoyen emocionalmente, poco contacto con sus amigas o compañeras, dificultades económicas, o un medio familiar hostil³³⁵.

2.4 Efectos de la depresión postparto en el vínculo materno

Además de los efectos que tiene la depresión posparto en las mujeres, es necesario tener en cuenta los efectos que produce sobre la crianza, el vínculo, el apego, las emociones, la alimentación, la cognición y los cambios de conducta y comportamentales en los hijos de madres que se encuentran deprimidas. Brockington, et al. Encontraron que la depresión postparto, provoca la desaparición de los sentimientos maternos y de ternura normal, hace que la mujer tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el

331 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. Op cit., p.2.

332 VALDIVIA, Mazurella y MOLINA Martha. Factores psicológicos, asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Revista de psicología. Universidad de Chile. Santiago. 2003, vol 12, no.2, p. 90.

333 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. Op.cit., p.2.

334 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. Ibid., p.2.

335 MALDONADO DURAN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal. Op.cit., p.157.

recién nacido.³³⁶ Se ha comprobado que hijos de madres con depresión posparto durante su infanciatemprana son menos activos, más irritables y desatentos, con tendencia a un comportamiento antisocial³³⁷, lo que puede ser originado por un déficit en la interacción entre la madre y el hijo, porque los bebés imitan la conducta materna o por falta de estímulo.³³⁸

Las mujeres con depresión posparto, presentan un retraso en la Adaptación a la función social de ser madre, además de la adquisición de competencias y habilidades para la crianza, así como la falta de apego entre la madre y el niño. Se han encontrado manifestaciones de rechazo, hostilidad, crítica e indiferencia afectiva. Cesación de la lactancia materna exclusiva, y escasos momentos en que la madre experimenta felicidad.³³⁹

El cuidado de la madre a su hijo recién nacido es realizado de forma “irreflexiva” o “mecánica”, lo que afecta de forma preocupante la adopción del rol maternal – convertirse en madre que tal como lo propone Ramona Mercer en su teoría. (1986), se define como un “proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período y durante el cual la madre establece un vínculo con el niño, en el que adquiere competencia en la relación de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo”, y la identidad materna se desarrolla paralelamente a la vinculación con su hijo, este proceso estaría afectado en la puerpera con depresión, ya que la identidad del rol según Mercer, pueden verse influida por conductas tanto de la madre como del niño, entre ellas, la empatía, la sensibilidad hacia las señales emitidas por el niño, la autoestima, el autoconcepto, la relación de los padres, la madurez, la flexibilidad, la actitud, el embarazo, la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión, el conflicto de rol, el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia, la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar³⁴⁰.

La depresión posparto además de ser una de las razones por las cuales la madre no puede ejercer adecuadamente su Rol Materno, contribuye a producir de una u otra forma maltrato infantil, si tenemos en cuenta que la comisión de derechos humanos lo define como “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”³⁴¹

Además se debe tener en cuenta las respuestas del niño que es expuesto a maltrato.

336 BROCKINGTON, I.F, et al. A screening questionnaire for mother – infant bonding disorders. Citado por: MALDONADO DURAN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal. En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2011, p.161.

337 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. *Ibíd.*, p.3.

338 GARCÍA DEL CAMPO, Laura. *Ibíd.*, p.3.

339 MALDONADO DURAN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal. *Op.cit.*, p.160.

340 MEIGHAN, Molly. *Op. cit.*, p.609-625.

341 FERREIRA, Ana Lucía, et al. Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia. p.1.

Kieran y O' Hagan,³⁴² hace referencia a la respuesta emocional del niño maltratado "el maltrato emocional causa dolor emocional, (miedo, humillación, ansiedad, desesperación), inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasiona deterioro en la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social". La respuesta del niño frente al maltrato psicológico el "daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño (inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción, atención, imaginación y moral) que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y su vida social". Estas características son similares en el niño cuya madre presenta depresión posparto.

2.5 Aporte de la enfermería para el estudio y abordaje de la depresión postparto

Son tan grandes las implicaciones de esta enfermedad, que se ha fomentado el interés, profundización y estudio por parte de enfermeras, desde diversos abordajes. Entre ellos encontramos la utilización de la teoría interpersonal de HildegartPeplau³⁴³, la que busca reducir los síntomas, y mejorar el funcionamiento social ayudando a la persona a desarrollar formas de relacionarse con las otras más adaptadas. Para este fin, emplea la psicoterapia interpersonal como tratamiento de la depresión durante el embarazo. Con la aplicación de la psicoterapia interpersonal, se ha demostrado una mejoría anímica y aumento en la interacción con el entorno por parte de las gestantes.

Una enfermera que ha focalizado su interés en la investigación específica de los trastornos el ánimo posparto y el impacto de la depresión posparto en la interacción madre – hijo, es CherylTatano Beck³⁴⁴, la cual ha planteado una teoría de mediano rango denominada "Teoría de la depresión postparto."³⁴⁵

Beck, nacida en 1949, recibió el título como licenciada en enfermería en el año 1970 de la Universidad Western Connecticut State, trabajó en la unidad de enfermería de posparto y recién nacidos del New Haven Hospital. En 1972 se gradúa en la Universidad de Yale con el grado de Master en enfermería materna y del recién nacido, obtiene su certificado como comadrona. En 1982 recibió su Doctorado en ciencias de la enfermería en la Universidad de Boston.³⁴⁶

342 KIERAN, PO. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. Citado por: SANTANA TAVIRA, Rosalinda; SANCHEZ AHEDO, Roberto y HERRERA BASTO, Emilio. El maltrato infantil: Un problema mundial. En: Salud Pública de México. Enero-febrero, 1998, vol.40, no.1,p.3.

343MARRINER TOMEY, Ann y RAILLE ALLIGOOD,Martha. Modelos y teorías en enfermería.Op cite.p.54.

344 MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.747.

345MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.747.

346MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.747-748.

Su larga trayectoria es reconocida en Estados Unidos donde ha participado como consultora en múltiples proyectos de investigación, recibiendo más de 30 premios. Beck es autora en más de 100 artículos en revistas, además de ser miembro del comité editorial de revistas de enfermería como *Advances in NursingScience*, *NursingResearch* y *Journal of NursingEducation*. Es miembro de la Marce Society, una sociedad internacional para la comprensión, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales asociadas con el parto. Muestra su dedicación al desarrollo del conocimiento de la enfermería obstétrica, ya que en sus investigaciones estudian el periodo posparto con un interés específico en los trastornos del ánimo durante esta etapa.

Para el desarrollo de la teoría Beck utilizó las ideas de Jean Watson basadas en el cuidado como la esencia de la enfermería; donde las enfermeras reconocen la influencia de los entornos internos y externos que tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Dicho entorno interno incluye el bienestar mental, espiritual y las creencias socioculturales de un individuo.

Los primeros estudios realizados por Beck, se basaron en la fenomenología, la que describía los datos de la situación inmediata que ayudaron a comprender los fenómenos que se cuestionaban.

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. Basado en lo anterior, Beck desarrolló los primeros conceptos de trastornos del estado del ánimo posparto y la pérdida de control; posteriormente identificó los trastornos obsesivo - compulsivos posparto y el trastorno de pánico al inicio posparto.

Beck utilizó para sus estudios, teorías como el Interaccionismo simbólico, el cual está centrado en los comportamientos humanos y en las interacciones que explican la naturaleza dinámica y compleja de los problemas humanos, los procesos implicados cuando las personas se encuentran y mueven a través de estos problemas. El trabajo de Beck, ha abordado la teoría feminista, como forma de comprender el embarazo, el parto y la maternidad, vistos desde el punto de vista de la mujer. Además como los contextos médico, social, económico, condicionan e influyen en las reacciones y respuestas de las madres ante el parto.

Además, para la construcción de los instrumentos para la detección de depresión en el posparto, Beck utilizó la teoría fundamentada teniendo como base los datos investigados de determinada realidad, organizándolos en categorías conceptuales, para hallar explicación del fenómeno investigado, y establecer, modelos teóricos o reflexiones teóricas.

- Beck en su teoría define los siguientes trastornos postparto del ánimo³⁴⁷:
- “Tristeza de la maternidad. Periodo de melancolía transitoria, auto limitada, caracterizada por cambios de ánimo durante la primera etapa del postparto.
- Psicosis postparto. Trastorno psicótico, caracterizado por alucinaciones, delirios, insomnio, con comportamiento raro e irracional, esta representa una urgencia psiquiátrica, ya que la madre y el niño pueden sufrir daño.
- Trastorno obsesivo-compulsivo postparto. Identificado recientemente. Los síntomas incluyen pensamientos repetitivos y repentinos de dañar al recién nacido, miedo de quedarse sola con el niño e hipervigilancia a la hora de protegerle.
- Trastorno del pánico en el postparto. Caracterizado por inicio brusco de ansiedad, miedo, respiración rápida, palpitaciones y sensación de muerte inminente”³⁴⁸.
- Pérdida del control. La pérdida de control se identificó como un problema psicosocial en 1993, y se refiere al proceso que experimentan las mujeres a medida que sufren de depresión postparto. Pueden ser causadas por circunstancias particulares y situaciones vitales, y consiste en cuatro fases:
 1. “Terror: ataques de ansiedad, sensación de torpeza y pensamiento obsesivo que no cesa.
 2. Muerte de sí misma: irrealidad alarmante, contemplación de ideas autodestructivas, autoaislamiento.
 3. Lucha por sobrevivir: batalla contra el sistema, búsqueda de grupos de apoyo, donde la paciente busca ayuda espiritual para su alivio.
 4. Lograr de nuevo el control: transición impredecible, búsqueda de la recuperación, llanto por el tiempo perdido.”³⁴⁹

2.6 Predictores o factores de riesgo para la aparición de depresión postparto

Cheryl Tatano en el año 2000, realizó una revisión de 84 estudios publicados, en el decenio de 1990, para determinar la magnitud de las relaciones entre la depresión postparto y diversos factores de riesgo. Se encontraron trece factores entre los que se describen: la depresión prenatal, el autoestima, el cuidado de los niños, el estrés, la ansiedad prenatal, el apoyo social, la relación conyugal, la historia anterior de depresión, el temperamento infantil, la melancolía postparto, el estado civil, la situación socioeconómica, la no planificación, el embarazo no deseado.³⁵⁰

- “Depresión prenatal: producida durante cualquier trimestre del embarazo, es el predictor más importante en la depresión postparto.

347 MAEVE, M Katherine. *Ibíd.*, p. 750 – 751.

348 MAEVE, M Katherine. *Ibíd.*, p. 750-751.

349 MAEVE, M Katherine. *Op.cit.*, p. 751-752.

350 MAEVE, M Katherine. *Ibíd.*, p. 751-752.

- Estrés del cuidado del niño: situaciones estresantes relacionadas con la dificultad en el cuidado que brinda la mamá a su hijo entre ellas: la alimentación y el sueño, así como los problemas que afecten la salud del niño.
- Estrés vital: situaciones que producen estrés a la madre durante el embarazo y el posparto (cambios maritales, cambios ocupacionales, crisis, entre otras).
- Apoyo social: la madre percibe que no está recibiendo la cantidad de apoyo tanto instrumental, como emocional, que ella esperaba, por parte de la red social que rodea a la mujer.
- Ansiedad prenatal: se refiere a los sentimientos de intranquilidad o aprensión ante una amenaza vaga e inespecífica, que experimenta la madre.
- Satisfacción marital: valora el grado de realización de la mujer con su relación marital, con determinados aspectos (comunicación, afecto, valores, actividad mutua, toma de decisiones y bienestar en general).
- Antecedentes de depresión: relacionado con cualquier crisis de depresión de la madre antes del embarazo.
- Tristeza materna: situación no patológica, que se observa en muchas mujeres después del parto por lo general durante los primeros tres días, si un episodio de tristeza materna se prolonga por más de 10 días pueden ser un predictor de depresión posparto.
- Autoestima: Una mujer con baja autoestima refleja una autoevaluación negativa, expresada en sentimientos sobre sus propias capacidades, confianza y poca satisfacción en lo que realiza.
- Situación socioeconómica: Representa el rango o situación de la persona en la sociedad: es la suma de varios factores de tipo social y económico, como los ingresos, educación y ocupación.
- Situación marital: define el tipo de unión que tiene la mujer si es soltera, casada, cohabita, viuda, divorciada, separada, o emparejada.
 - Embarazo planeado o no deseado: hace referencia a un embarazo que no es planificado, o deseado o querido por la mujer³⁵¹.

2.6.1 Consecuencias derivadas de los predictores de depresión posparto. Beck en el año 2001 establece conceptos que representan las consecuencias de la aparición de los predictores, los cuales se utilizan en el instrumento denominado: “Instrumento de detección sistemática de la depresión posparto”, estos son:³⁵²

- “Trastornos del sueño y de la alimentación: consiste en la incapacidad de la mujer para conciliar el sueño después de despertar en medio de la noche, a pesar de que su hijo esté dormido, se refiere también la pérdida del apetito aunque la mujer reconoce la necesidad de comer pero siendo incapaz de hacerlo.

351MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.752-754.

352MAEVE, M Katherine.Op cit.,p.753.

- Ansiedad e inseguridad: Es la atención exagerada de la madre a temas banales, sentirse fuera de sí, necesidad de estar en movimiento o caminando, sentimientos de inseguridad y sensación de estar sobrepasada en el nuevo papel de madre.
- Labilidad emocional: La mujer muestra inestabilidad se siente fuera de control manifiesta llanto sin motivo, irritabilidad, rabia explosiva y miedo a no volver a ser feliz.
- Confusión mental: caracterizada por dificultad para concentrarse, centrarse en tareas específicas, o tomar decisiones. Sensación de incapacidad de regular los propios procesos de pensamiento.
- Pérdida de sí mismo: La mujer percibe que su personalidad no es la misma desde el parto, y por lo tanto siente temor a no volver a ser de nuevo ella misma.
- Culpabilidad y vergüenza: La mamá siente que está desempeñándose mal como madre, y tiene pensamientos negativos hacia su hijo. Además cuando la mujer siente vergüenza y culpa, no expresa lo que siente a otros, dificultando el diagnóstico y las intervenciones.
- Pensamientos suicidas: Pensamientos de la mujer sobre hacerse daño o terminar con su vida³⁵³.

2.6.2 Afirmaciones teóricas de Cheryl Tatano Beck

Acerca del origen de la depresión posparto, es importante tener en cuenta las siguientes afirmaciones, que son utilidad, para esta investigación:

- Los acontecimientos estresantes (internos o externos), especialmente a lo largo de periodos prolongados, producen una alteración de la regulación biológica del cerebro. Cuantas más provocaciones al cerebro se produzcan, se desregulará y cronificará, si ese cerebro ya alterado es sometido de nuevo a más circunstancias de estrés, es posible que se produzca un trastorno grave del ánimo o un trastorno psiquiátrico.³⁵⁴
- La depresión posparto es producida por factores biológicos, psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.³⁵⁵
- La depresión posparto no es un trastorno homogéneo, por lo tanto pueden tener una gran cantidad de síntomas variables, debido a sus diversas historias vitales, como también a estresantes internos y externos.³⁵⁶
- Se espera siempre que la mujer se sienta feliz y parezca feliz, y comprendan como ser madres de forma natural, debido a estas expectativas generadas, se hace más difícil que las mujeres expresen sentimientos de malestar.³⁵⁷
- Los estigmas unidos a las enfermedades mentales, hacen que aumenten mucho más cuando se relacionan al nacimiento de un hijo, haciendo que las mujeres sufran en silencio³⁵⁸.

353MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.753-754.

354MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.755.

355MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.755.

356MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.755.

357MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.755.

358MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.756.

- La depresión posparto es prevenible, con una adecuada identificación sistemática de factores de riesgo e intervención desde el parto. La depresión posparto en sí misma se puede identificar pronto con una detección sistemática adecuada y tratarse de forma eficaz. La prevención puede aliviar meses de sufrimiento y disminuir los efectos nocivos sobre las mujeres, sus hijos y sus familias³⁵⁹.
- Un número de consecuencias y desafíos biológicos, sociológicos y psicológicos son completamente normales en todos los embarazos. Pueden incluir cansancio, alteraciones del sueño, y preguntas sobre sus propias capacidades y el placer. Los cuidados prenatales y posnatales pueden eliminar los síntomas patológicos molestos y ayudar a las mujeres a normalizar los síntomas esperados, de forma que se reduzca el grado de estrés que experimenta³⁶⁰.

2.7 Los principales supuestos de Beck

Los siguientes son los principales supuestos de la teoría de Beck.³⁶¹

- **Enfermería:** Profesión de cuidados. Las relaciones interpersonales entre las enfermeras y las personas a las que cuidamos son las principales vías por las que las enfermeras logran los objetivos de salud y sensación de formar parte de un todo³⁶².
- **Persona:** Las personas conforman un todo. Tienen componentes biológicos, sociológicos y psicológicos. Existe un fuerte compromiso, con la idea de que la persona o la personalidad, debe comprenderse en el contexto de la familia y la comunidad.³⁶³
- **Salud:** Beck considera las ideas tradicionales de salud física y mental.

La salud es consecuencia de las respuestas de la mujer en el contexto de su vida y del ambiente que la rodean.³⁶⁴

- **Entorno:** describe el entorno en términos amplios, que incluyen factores individuales, y el mundo exterior de cada persona. El entorno externo comprende eventos, situaciones, cultura, aspectos físicos, ecosistema y sistema sociopolítico. Además existe un conocimiento de que las mujeres en el periodo fértil reciben cuidados dentro del sistema de salud estructurado en el modelo médico e impregnado de una ideología patriarcal³⁶⁵.

359MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.756.

360MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.756.

361 MAEVE, M Katherine.Op. cit., p. 754-755.

362MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.754-755.

363MAEVE, M Katherine.Op.cit.,p.755.

364MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.755.

365MAEVE, M Katherine.Ibid.,p.755.

2.8 Predictores de depresión postparto relevantes para la investigación.

Dos predictores de depresión posparto, empleados por Beck constituyen materia de estudio de la presente investigación, la situación marital y la satisfacción marital, la primera, revela el hecho de que las parejas no estén casadas y vivir con su pareja fuera del matrimonio esté asociado a un elevado riesgo de abuso.

En estudios revisados, se demostró que las mujeres que conviven con su pareja tenían tres veces más tendencia que las casadas, a reconocer, que las agresiones no físicas a las que eran sometidas, se convirtieron en maltrato físico, y tienen más tendencia a denunciar disputas violentas que las casadas.

Los estudios revisados, concluyen que las parejas no casadas, sufren más violencia doméstica que las casadas.

Con relación a la satisfacción marital, Pick y Andrade (1988) la definen como una actitud multidimensional hacia el cónyuge y la relación marital, donde hay aspectos diferenciales como la interacción, la expresión de afectos, los aspectos de la organización. Spainer la define como un consenso donde conviven, la satisfacción, cohesión y expresión afectiva. Se ha establecido que la satisfacción marital se encuentra vinculada a la felicidad, al bienestar físico, al psicológico, a la longevidad y asociado a una menor mortalidad. Por el contrario, la insatisfacción matrimonial puede relacionarse con la violencia intrafamiliar, alcoholismo, consumo de drogas, divorcio o separaciones, eventos somáticos como cefaleas, crisis nerviosas, insomnio y desmayos.

La teoría de Cheryl Tatano Beck se encuentra en permanente crecimiento, estableciendo un estándar de conocimiento que permite comprender mejor la depresión posparto. En el año 2003 Beck desarrolla la escala de detección sistemática de la depresión posparto versión en español, la cual se convierte en el instrumento que se emplea en la presente investigación. Su inagotable labor se ve reflejada en nuevas investigaciones y búsqueda de nuevas versiones de la escala, para tener más cobertura y abordaje de esta problemática.

2.9 Señales de alerta en depresión post parto que deben tenerse en cuenta

Estas son algunas manifestaciones y señales de alerta que deben considerarse cuando la mujer acude a la consulta en el postparto.

- Desaparición de sentimientos maternales y de ternura en la madre.
- Sentimientos y acciones hostiles de la madre hacia su recién nacido.
- Negación de sentimientos de tristeza o culpabilidad: estas madres pueden manifestar cansancio o agotamiento constante.

- La madre informa a menudo dolor de cabeza, de espalda, pérdida de energía, sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (sentir que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia, que traman algo en su contra).
- La madre puede pensar que no vale la pena vivir, que ayudaría a su niño si ambos murieran, que no valió la pena traer a su hijo al mundo y sufrir.
- Consumo de alcohol y drogas, abuso de medicamentos, durante y después de la gestación.

2.10 Medición del fenómeno de depresión posparto

Dentro de las Investigaciones realizadas para la medición del fenómeno de depresión posparto se encuentran una serie de instrumentos, o escalas de detección, ampliamente difundidas y reconocidas desde el campo de la Psiquiatría. Las más reconocidas y utilizadas son la escala de Depresión Posparto de Edimburgo, la escala de Hamilton y la escala de Beck. Sin embargo las dos últimas, miden el fenómeno depresión a la población adulta en general, sin tener en cuenta las características especiales de la mujer durante el puerperio.

- La escala de Depresión posparto de Edimburgo: fue creada por Cox et al. En 1987 en Inglaterra, cuyo propósito era asistir a los profesionales de la salud primaria en la detección de madres que padecen depresión posparto³⁶⁶.
- La escala de depresión de Hamilton, fue diseñada y publicada por Hamilton M. (1960) para medir la intensidad o gravedad de la depresión³⁶⁷.
- Inventario de Depresión de Beck y cols (1961)³⁶⁸. Es una escala de autoevaluación, que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos presentes en la depresión.

2.11.1 Escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Cheryl Tatano Beck y Robert Gable (versión en español).³⁶⁹ La escala fue desarrollada por Beck y Gable en el año 2000-2001. Consta de 35 ítems tipo Likert con puntuación sumativa. Fue desarrollada luego de estudios cualitativos con diseño fenomenológico y teoría fundamentada.

La escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, mide la gravedad general y siete síntomas específicos los cuales pueden identificar fácilmente madres que sufren depresión posparto en forma temprana. Consta de 35 ítems y puede ser auto diligenciado en un tiempo que oscila entre 5 a 10 minutos. Las preguntas de la

366 COX, J.L.; HOLDEN, J. M y R. SAGOVSKY. British Journal of Psychiatry Revista Británica de Psiquiatría. Junio. 1987. Vol. 150.

367 2. HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. British Journal Society Clinical Psychology 1967, no. 6 p. 278-296.

368 BECK, A. et al. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, no. 56, p. 893-897.

369 BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish versión. Op cit., p. 296-305.

Postpartum Depresión ScreeningScale, son breves y fáciles de entender. Las madres responden utilizando una escala Likert de 5 puntos que vas desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo.

Con la escala se obtiene una puntuación de la gravedad global por la que atraviesa la paciente. Clasificándola en las siguientes tres gamas:

- La adaptación normal
- Síntomas significativos de la depresión posparto
- Imagen positiva para la depresión mayor posparto.

Las puntuaciones en la escala pueden variar desde 35 a 175, una puntuación por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto.

La escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, proporciona las calificaciones en las siete áreas de los síntomas establecidos por los autores:

- Trastornos del sueño/alimentación
- Ansiedad e inseguridad
- Labilidad Emocional.
- Confusión mental
- Pérdida de sí misma
- Culpabilidad y vergüenza
- Pensamientos Suicidas

2.11.1.1 Características del instrumento utilizado en esta investigación. Para la presente investigación el investigador se acoge la escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, por presentar las siguientes características.

- La Postpartum depresión screeningscale (Escala sistemática de depresión posparto versión en español) se puede utilizar a través de diferentes especialidades incluida la obstetricia, pediatría, psiquiatría, psicología y trabajo social. Se puede administrar desde las dos semanas después del parto.
- El instrumento es fruto de la investigación de una enfermera dedicada al desarrollo de la teoría de depresión posparto, presentando un aporte invaluable al desarrollo de la enfermería.
- Este instrumento presenta una ventaja frente a los otros instrumentos que miden depresión posparto, ya que realiza mediciones en dimensiones relacionadas con problemas para dormir, ansiedad y disminución de la capacidad cognitiva.
- Dada la incidencia de depresión posparto, baja tasa de detección y las consecuencias potenciales graves en el grupo materno infantil. La escala sistemática de depresión posparto. (PDSS), es muy útil en la detección de las mujeres que necesitan una atención de manera oportuna.

- La escala cuenta con una versión en español, con estudios de validez y confiabilidad³⁷⁰.

³⁷⁰BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish versión, Op.cit.p.296-305.

3. Diseño de Investigación

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo transversal, con abordaje cuantitativo de Correlación. Transversal por que los datos se tomaron durante los meses de octubre a diciembre de 2011. Cuantitativo, por la utilización de dos escalas con puntuación tipo Likert. Correlacional porque pretende determinar la asociación entre dos variables: La violencia de pareja y la depresión posparto en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, por medio de la utilización del coeficiente de correlación de Spearman.

3.2 Planteamiento de hipótesis

3.2.1 Hipótesis del investigador

Aunque existen estudios de correlación que comprueban la relación violencia de pareja y aparición de depresión en el postparto, a nivel mundial; no se encuentra este tipo de estudios con población colombiana. Por esta razón la investigadora establece esta hipótesis aplicada a mujeres de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.

“Las mujeres que son expuestas permanentemente a violencia física y no física por parte de su pareja antes, durante y después de la gestación, presentan cambios en la forma como pueden llegar a sentirse después del nacimiento de su hijo, manifestándose en la aparición temprana de síntomas de depresión postparto.”

Para esta investigación se plantearon hipótesis de tipo investigativas.

3.2.2 Hipótesis no direccional o alterna (H1). Existe relación entre la violencia de pareja y la aparición de depresión posparto en el grupo de puérperas a quienes se les aplicó el Index of spouse abuse versión en español y la postpartum depression screenings scale versión en español.

Para establecer esta hipótesis se tuvieron en cuenta las dos subescalas presentes en el instrumento index of spouse abuse (índice de abuso en la pareja).

- Las mujeres que presentan mayor ponderación en violencia física tienen mayor puntuación en depresión posparto.
- Las mujeres que presentan mayor ponderación en violencia no física tienen mayor puntuación en depresión posparto.

3.2.3 Hipótesis estadística o nula (Ho): No existe relación entre la violencia de pareja y la aparición de depresión posparto, en el grupo de puérperas a quienes se les aplicó el Index of spouse abuse versión en español y la post partum depresión screening scale versión en español.

3.3. Variables

3.3.1 Variable independiente. Violencia de pareja.

3.3.1.1 Definición conceptual. Esta variable mide conceptualmente la violencia dentro de la relación de pareja, utilizando patrones de comportamiento de la pareja para estimar el tipo y la frecuencia de abuso, (Físico y no físico).

3.3.1.2 Definición operacional. El index of spouse abuse versión en español, mide la severidad de violencia a la cual está expuesta la mujer en su relación de pareja y la frecuencia con la que ocurren estos abusos. Por medio de valores ponderales asignados a cada ítem de la escala. El resultado global es la sumatoria de los valores ponderales de las dos subescalas del instrumento (abuso físico: total entre 0-100 puntos y abuso no físico: total 0- 100 puntos).

- La subescalas de violencia no física: se encuentran puntuaciones por debajo de 14 puntos: negativas para violencia no física. Y puntuaciones iguales o superiores a 14 puntos: positivas para violencia no física.
- La subescalas de violencia física: se encuentran puntuaciones por debajo de 6 puntos: abuso físico moderado y puntuaciones iguales o superiores a 6 puntos: abuso físico severo.

3.3.2 Variable Dependiente. Depresión posparto.

3.3.2.1 Definición conceptual. Hace referencia a la depresión posparto como una enfermedad que sufren las madres durante el periodo posparto, su gravedad y sintomatología.

3.3.2.2 Definición operacional. La escala de la detección sistemática de la depresión posparto de Beck y Gable, versión en español, valora la gravedad general y siete síntomas específicos que sufren las madres que sufren depresión posparto.

Las puntuaciones de la escala pueden variar así:

- La adaptación normal posparto: puntuaciones totales menores a 59 puntos.
- Síntomas significativos de la depresión posparto: puntuaciones entre 60 y 79 puntos.
- Imagen positiva para depresión posparto: puntuaciones iguales a 80 hasta 175 puntos.

3.3.2.3 variables socio demográficas. Permiten caracterizar a las participantes de la investigación y describir de forma cualitativa el comportamiento de las participantes de la investigación con relación a los datos porcentuales hallados en encuestas realizadas en Colombia, y en investigaciones relacionadas con la temática objeto de investigación y a la vez realizar una verificación de los criterios de inclusión y exclusión. Son estas:

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Afiliación al sistema de salud
- Tiempo de convivencia.
- Apoyo percibido
- Embarazo deseado/planeado

3.4 Elementos del diseño

3.4.1 Universo. Todas las puérperas, primigestantes, pertenecientes al sistema de seguridad social integral, que fueron atendidas durante los meses de octubre a diciembre de 2011 en una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá, D.C.

3.4.2 Muestra. Para establecer la muestra se realizó un estudio piloto con 22 puérperas que cumplieran los criterios de inclusión con los puntajes obtenidos durante la aplicación de los dos instrumentos, se creó una base de datos, por medio de un programa estadístico SPSS versión 15.0. A partir de estos datos estadísticos se estableció un coeficiente de correlación inicial el cual fue de $r = 0.74$

Una vez establecido este coeficiente de correlación, se tuvo en cuenta la siguiente expresión algebraica con el fin de establecer el tamaño muestral definitivo para el estudio. (Ver tabla no.2)

Tabla 3. Elementos que conforman el cálculo del tamaño muestral.

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

N: Es la población total del estudio.
n: muestra o subconjunto de la población N.
α = Es la probabilidad de incurrir en el error tipo I, al juzgar la hipótesis nula: Ho: P = 0
Frente a: H1P ≠ 0
β = Es la probabilidad de incurrir en el error tipo II en el juzgamiento de la H0, en el sistema anteriormente mencionado.
Zp = Al percentil 100 p de una distribución normal estándar.
El término r en la citada expresión corresponde al coeficiente de correlación entre los fenómenos de estudio calculado a partir de una muestra piloto.

Fuente: Polit, Denise F y Hungler, Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición. Mc Graw Hill. 2000. p. 267-292.

Coeficiente de Correlación de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Donde

r_s: coeficiente de correlación por rangos de spearman.

d: diferencia entre los rangos (x menos y).

n: número de datos.

A partir de este resultado se adoptó un valor del 1.0 % correspondiente a la probabilidad de incurrir en el error tipo I, y un 1.0 % correspondiente a la probabilidad de incurrir en el error tipo II, otorgando un tamaño de muestra $den=81$ puérperas.

3.4.3 Criterios de inclusión. Para la presente investigación se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres en posparto normal, es decir ninguna patología asociada al puerperio
- Mujeres con recién nacido vivo y sano.
- Con embarazo a término
- Mujeres mayores de edad para la legislación colombiana
- Primigestantes
- Posibilidad de visita después de la segunda semana posparto hasta la cuarta semana (en caso de no ubicar a la paciente en la consulta de puerperio, el instrumento de Beck se puede aplicar a partir de la segunda semana posparto).

3.4.4 Criterios de exclusión. Para la presente investigación se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Enfermedad mental y/o depresión de base
- Gestación de alto riesgo.
- Antecedentes de pérdida perinatal u hospitalización del neonato
- Antecedentes de alcohol o uso de sustancias psicoactivas por la mujer
- Alteración en la comunicación verbal o escrita.
- Enfermedades endocrinas y metabólicas diagnosticadas en la gestante (Hipopotiroidismo, diabetes gestacional).

3.4.5 Riesgos del diseño. Se establecieron los siguientes riesgos del diseño para esta investigación.

Atrición o pérdida del caso por no diligenciamiento completo de los instrumentos, para obviar esto, se optó por el acompañamiento en el diligenciamiento de los instrumentos por parte de la investigadora y se estableció un 10% más de casos en la muestra.

3.5 Momentos de recolección de la muestra

La información se recolectó en un solo momento. A la mujer en puerperio temprano o mediano durante la consulta de puerperio (entre la segunda y cuarta semana posparto) se le invitó a participar en la investigación, se procedió al diligenciamiento del consentimiento informado (anexo 1), aplicación de los instrumentos valoración de violencia “Index of spouse abuse” versión en español (anexo 2), la escala sistemática de depresión posparto (anexo 3), acompañados de una ficha de exploración de los datos socio demográficos (anexo 4).

3.6 Lugar de recolección de la muestra

Se realizó la investigación con puérperas que acudieron a la consulta puerperio a una IPS de Bogotá D.C., la cual autorizó la investigación, sin mencionar el nombre de la misma en la presentación de los datos obtenidos. Previa a la fase de recolección la institución asignó un sitio para la aplicación de los instrumentos a las participantes (el consultorio de consulta posparto) lugar con adecuadas condiciones de ruido, iluminación, comodidad, ventilación, libre de distractores, y privado, ideal para facilitar llevar a cabo el propósito de esta investigación.

3.7 Rol del investigador

Por ser unos instrumentos preestablecidos, y cuyas preguntas se encontraban en una escala tipo Likert, el investigador no influyó en las variables, ni en las respuestas de las participantes. El papel del investigador fue no directivo, sirviendo como apoyo para explicar el propósito de la investigación, obtener el consentimiento informado, enseñar la forma de diligenciar los instrumentos y la escala de respuestas en que estos se encontraban.

3.8 Instrumentos de recolección de datos

Por ser un estudio de tipo cuantitativo es necesaria la utilización de instrumentos, que respondan al objetivo del estudio. Lo cual se hizo con la utilización del index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja) Versión en español (anexo 2), y la PostpartumdepressionScreeningscale, (escala de detección sistemática de la depresión posparto) Versión en español (anexo 3)

3.8.1. Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja). Versión en español. Dentro de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la violencia contra la mujer en la pareja, se encuentra el index of spouse abuse (índice de abuso en la pareja)³⁷¹. Este instrumento fue desarrollado en el propósito de evaluar la severidad del abuso físico y no físico sufrido por la mujer a manos de su pareja, sus ítems, describen conductas o interacciones maritales que reflejan diferentes grados de abuso.

Para esta investigación se utilizó la adaptación al español realizado por el observatorio de salud de la mujer (España). Del index of spouse abuse, (EEUU Hudson y McIntosh 1961).

3.8.1.1 Principales características psicométricas de la escala original. La validación, estructura factorial y fiabilidad de la escala original se examinaron en una muestra de 388

371 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Op.cit., p. 2-54.

mujeres universitarias, y los valores ponderales se obtuvieron en otra muestra universitaria de 188 sujetos. Finalmente la validez y puntos de corte de la escala se obtuvieron en una muestra constituida por 107 mujeres que fueron valoradas y definidas por un terapeuta independiente y ajeno al estudio como “maltratadas o “no maltratadas”³⁷².

El análisis factorial mostró que el Index of Spouse Abuse está compuesto por 2 escalas independientes:

- “La primera contiene 19 ítems ($\alpha=0.93$) valora violencia no física
- La segunda contiene 11 ítems ($\alpha=0.91$) y valora violencia física.
- Ambas subescalas mostraron una sensibilidad del 90,7%
- Los autores aislaron dos dimensiones (abuso físico y no físico), alcanzando valores de consistencia interna para el coeficiente alfa superiores a 0.90.
- Puntuación de la escala: Los ítems de la escala tienen valores ponderales diferentes ya que algunos de ellos representan formas más graves de violencia, mientras que otros representan eventos menos graves de violencia.
- Los puntos de corte para identificar a las mujeres como “maltratadas” y no “maltratadas” en cada una de las escalas: 25 para violencia no física y 10 para la violencia física.”³⁷³

3.8.1.2 Versión es español del Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja) 2005.³⁷⁴ El Index of Spouse Abuse además de clasificar a las mujeres como “maltratadas” o “no maltratadas”, valora la severidad de la violencia contra la mujer en la pareja. Para realizar la adaptación al español de la escala se utilizó una muestra de 390 mujeres, latinas que habitaban en España, que incluyeron mujeres de nacionalidad Colombiana.

3.8.1.3 Características de la escala. La escala contiene 30 ítems que pueden ser Contestados oralmente o de forma escrita aproximadamente entre 5 a 10 minutos. Cada uno de los ítems presenta una conducta de la pareja hacia la mujer, la mujer a su vez debe indicar la frecuencia de cada una de estas conductas, es una escala tipo Likert de 1 a 5 siendo uno “nunca, dos “rara vez”, tres “algunas veces, cuatro “frecuentemente y 5 “muy frecuentemente”. Cada ítem representa un peso o valor ponderal.

- La subescala de violencia física: 8 ítems
- La subescala de violencia no física: 22 ítems.

372 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p. 6.

373 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Op. cit.*, p.2-8.

374 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p.9.

Tabla 4..Valor ponderal y orden del rango para violencia física o no física de cada uno de los ítems del Índice of Spouse Abuse (ISA versión en español).

ITEM	VALOR o PESO PONDERAL DE CADA UNO DE LOS ITEMS	ORDEN DE RANGO (menor a mayor peso dentro de la escala)
No es una persona amable (ítem 20 en la escala española)	4	1
Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado. (Ítem 15 en la escala española).	11	2
Le molesta mucho que las tareas de la casa no estén hecha (ítem 5 en la escala española).	13	3
Se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él. (Ítem 12 en la escala española).	20	4
Me exige obediencia ante sus caprichos. (Ítem 2 en la escala española).	21	5
Exige que me quede en casa cuidando de los niños. (Ítem 17 en la escala española).	21	6
Es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa. (Ítem 14 en la escala española).	21	7
Me dice que soy fea y poco atractiva. (Ítem 8 en la escala española).	23	8
Me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él. (Ítem 9 en la escala española).	25	9
Tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas. (Ítem 6 en la escala española).	26	10
Se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado (ítem 3 en la escala española).	26	11
Me hace sentir inferior. (Ítem 1 en la escala española).	28	12
Cree que no debería trabajar o estudiar. (Ítem 19 en la escala española).	28	13
Actúa como si yo fuera su criada personal. (ítem 10 en la escala española)	28	14
No quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas. (Ítem 21 en la escala española).	35	15
Es un mandón y me da órdenes constantemente. (Ítem 26 en la escala española).	39	16
No me valora intelectualmente. (Ítem 16 en la escala española).	40	17

Me trata como si fuera idiota. (Ítem 29 en la escala española).	47	18
Me grita por cualquier motivo. (Ítem 23 en la escala española).	50	19
Me insulta o me avergüenza delante de los demás. (Ítem 11 en la escala española).	52	20
No respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones. (Ítem 27 en la escala española).	52	21
Me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto. (Ítem 4 en la escala española).	54	22
Exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no. (Ítem 22 en la escala española).	64	23
Me asusta y me da miedo. (Ítem 28 en la escala española).	72	24
Se pone agresiva conmigo cuando bebo. (Ítem 25 en la escala española).	72	25
Me da puñetazos. (Ítem 7 en la escala española).	82	26
Me da bofetadas en la cara y la cabeza. (Ítem 24 en la escala española).	86	27
Actúa como si quisiera matarme. (Ítem 30 en la escala española).	87	28
Me amenaza con un objeto o arma. (Ítem 13 en la escala española).	87	29
Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica. (Ítem 18 en la escala española).	90	30

Ítems que valoran violencia física: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25,30.

Ítems que valoran violencia no física:

1,2,3,6,8,9,10,11,12,14,15,16,17,19,20,21,23,26,27,28,29.

FUENTE: RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p. 20.

3.8.1.4 Obtención de la puntuación de la escala:

1. Debe examinarse detenidamente las respuestas al cuestionario para comprobar que este ha sido diligenciado correctamente, si alguna de las respuestas se ha dejado en blanco, debe asignarse una puntuación "0" a ese ítem (I) y debe sustituirse el valor ponderal del mismo por "0".

2. En segundo lugar, es necesario calcular, para cada ítem, el producto de la puntuación de ese ítem por su valor ponderal: $P = (I) (VP)$.
3. En tercer lugar, hay que calcular la mínima puntuación posible que puede obtener la mujer (MIN), este valor se calcula sumando todos los valores ponderales: $(MIN) = \sum VP$.
4. Finalmente, ha de aplicarse la siguiente fórmula para obtener la puntuación final (PF): $PF = (\sum P - MIN) (100) / [(MIN)(4)]$

Esta fórmula debe aplicarse dos veces: una para obtener una puntuación de violencia física y otra para obtener una puntuación de violencia no física³⁷⁵. Para obtener la puntuación de violencia física hay que aplicar los cálculos descritos anteriormente solamente a los ítems que miden violencia física. Igualmente, para obtener la puntuación de violencia no física hay que aplicar los cálculos solamente a los ítems que miden violencia no física. En la parte inferior del cuestionario se indican los ítems que miden cada una de las escalas (P= física; NP=no física).

3.8.1.5 Estructura factorial. El análisis factorial de violencia de pareja, demostró que el concepto estudiado constituye un constructo compuesto por dos dimensiones, denominadas “subescala de violencia física” y subescala de violencia no física”.

Tabla 5. Distribución de las puntuaciones de la escala para cada una de las subescalas n=390.

Subescala	No Ítems	Media	Mediana	Desviación estándar	Rango
Violencia No física	22	6.40	1.30	12.41	0-90
Violencia Física	8	1.62	0.00	6.38	0-77

Fuente: RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p.2-54.

3.8.1.6 Consistencia interna. En cuanto a la consistencia interna de las dos subescalas, el alfa de Cronbach fue de 0.85 para la subescala de violencia física y 0.94 para la

³⁷⁵RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Op.cit.* p.6.

subescala de violencia no física. El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos subescalas fue de 0.67³⁷⁶.

3.8.1.7 Puntos de corte. Los autores establecieron los puntos de corte para mujeres maltratadas por violencia no física: puntuaciones iguales o superiores a 14 y para violencia física: puntuaciones iguales o superiores a 6³⁷⁷.

3.8.2 Post partum depression screening scale. (Escala de detección sistemática de depresión posparto de Cheryl Tatano Beck, y Robert K. Gable versión en español). La primera versión de este instrumento fue creado por la Enfermera Cheryl Tatano Beck y el Psiquiatra Robert K Gable, en el año 2000 - 2001. Sus principales características son:

Es un cuestionario auto aplicable que consta de 35 preguntas tipo Likert, con puntajes que van desde uno “completamente en desacuerdo” a cinco “completamente de acuerdo”.

- Las puntuaciones en la escala van de 35 hasta 175, una puntuación por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y mayor a 120 puntos depresión en el posparto.
- Se puede aplicar el cuestionario entre las dos a seis semanas posparto.
- Mide el fenómeno de depresión posparto en siete subescalas:

-Trastornos del sueño/ alimentación

-Ansiedad e inseguridad.

-Labilidad Emocional.

-Confusión mental.

-Pérdida de sí misma

-Culpabilidad y Vergüenza.

-Pensamientos Suicidas

3.8.2.1 Características Psicométricas de la escala. Las pruebas psicométricas de la escala original se llevaron a cabo con una muestra de 525 madres primigestantes.

376 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Ibíd.*, p.9-27

377 RUIZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. *Op cit.*, p.9-27.

La consistencia interna dimensiones/ fiabilidad en las siete dimensiones, se encontró entre rangos de 0.83 (disturbios del sueño) a 0.94 (culpabilidad y vergüenza). El Análisis factorial confirmatorio, dio un apoyo empírico a la hipótesis de las siete dimensiones.

La sensibilidad y la especificidad de escala original en inglés se evaluó con 150 mujeres a las 12 semanas postparto. La puntuaciones en las fichas técnicas estuvieron fuertemente correlacionados con las puntuaciones en la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) ($r = .79$) y el Inventario de Depresión de Beck II ($r = .81$) sobre la base de los resultados de la operación característica del receptor (ROC) de las curvas, un punto de corte de 80 (sensibilidad de 94% y especificidad 98%) se recomienda cuando la detección de la depresión posparto importantes y punto de corte de 60 (sensibilidad 91% y especificidad 72%) cuando la detección de depresión mayor / menor después del parto.

Versión en español de la Postpartum Depresión ScreeningScale (Versión en español. La versión en español de la escala PDSS, fue desarrollada por los autores de la versión en inglés en el año 2003, usando múltiples métodos para garantizar su equivalencia semántica, estos métodos incluyeron la traducción, un comité de aprobación, técnicas de pretest, y formas de equivalencia alternativa³⁷⁸.

La validez y confiabilidad de la traducción al español de la escala sistemática de depresión posparto, se realizó con una muestra de 377 mujeres hispanas, correspondientes a los grupos más representativos que habitan en Estados Unidos (mexicanas, cubanas, puertorriqueñas, peruanas y colombianas), en un promedio de 10 semanas después del parto³⁷⁹.

El factor de confirmación (CFI) para la versión en español fue de 0.87, la sensibilidad de la prueba de 0.84%, la especificidad de 0.84%, el valor predictivo positivo de 0.75%, el valor predictivo negativo de 0.90%.³⁸⁰

El rango de las puntuaciones totales de la PDSS versión en español fue de 35 a 137 con una media de 60,7.

Teniendo en cuenta cada una de las dimensiones de la escala, se encontró 0.95 de alfa consistencia interna y 0.99 de confiabilidad, con un N= 377.

Un estudio realizado en Chile que estudió la Validez y confiabilidad del instrumento el cual estableció un alfa de Cronbach del total del instrumento en su versión en español, de 0.95, con confiabilidad por dimensión entre 0.71 a 0.86³⁸¹.(Ver cuadro no. 3)

378BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale.Spanish versión,Op.cit.p.296-305.

379379BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale.Spanish versión,Ibid.,p.298-303.

380BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale.Spanish versión,Ibid., .p.296-305.

Tabla 6. Confiabilidad por dimensiones de la escala Sistemática de Depresión Posparto PDSS en su versión original (2000-2001) y versión en español (2003).

Dimensión	N=525 35 items Beck and Gable 2000-2001.	N= 377 35 items Beck and Gable 2003.
Disturbios del sueño alimentación	.83	.82
Ansiedad/inseguridad	.83	.76
Labilidad Emocional	.89	.80
Confusión mental	.91	.80
Pérdida de sí mismo	.94	.80
Culpa/ vergüenza	.89	.81
Ideas suicidas	.93	.90
Puntuación total de la escala	0.96	.95

Fuente: BECK, Cheryl Tatano y GABLE Robert. Postpartum Depression Screening Scale, Spanish version, 2003, Nursing Research Vol 52.p155-164.

3.9 Fases de la investigación.

3.9.1 Fase preparatoria. Previo a la realización de la investigación se realizaron las siguientes actividades:

- Permisos: El cuestionario de Depresión posparto, versión en español, fue comprado directamente a sus distribuidores: Western Psychological Services, en los Ángeles – California. Con el permiso de los dueños de los derechos de autor. Señora Susan Dunn Weinberg WPS Rights and Permissions, (licencia renovada en julio 12 de 2012).
- El cuestionario de Abuso doméstico fue obtenido en la escuela Andaluza de Salud Pública: Observatorio de salud de la mujer, el cual se puede utilizar sin autorización previa, con mención de la fuente de donde fue obtenida.
- Contactos con instituciones: desde el mes de Octubre de 2010 se inició el contacto con la institución prestadora de servicios de salud para el desarrollo de la investigación, se realizó una presentación del proyecto en junta médica, y por un periodo de un año se realizó la gestión obteniendo aprobación del centro de investigaciones y el comité de ética el día 21 de septiembre de 2011.

- Aval comité de Ética Universidad Nacional: El aval desde los aspectos éticos de la investigación se obtuvo el día 5 de mayo de 2010. Posteriormente se realizó cambio de título de investigación con aprobación el día
- Curso de buenas prácticas clínicas: como exigencia de la institución prestadora de servicios de salud para la realización de la investigación la autora realizó un curso de buenas prácticas clínicas en investigación el 25 de noviembre de 2010.
- Aval comité ética Institución donde se realizó la investigación: después de un proceso de un año se obtuvo aprobación del documento para ser aplicado a la investigación el día 21 de septiembre de 2011.
- Coordinación Institución y servicio de Ginecobstetricia para ubicación de espacio para aplicar encuesta: Una vez obtenida la autorización para la realización de la investigación, se realizó una reunión con la jefe del Departamento de enfermería y la enfermera de consulta postparto para conocer el servicio y establecer el lugar donde se captarían las participantes de la investigación y se diligenciarían los instrumentos.

3.9.2. Segunda fase recolección de la información. La recolección de la información se desarrolló en una institución prestadora de servicios de salud durante los meses de Octubre a Diciembre de 2011, con un total de 81 participantes que fueron determinadas a partir de una muestra piloto, durante el puerperio mediano entre la segunda a cuarta semana postparto. Previa firma del consentimiento informado y el diligenciamiento de la totalidad de los instrumentos.

El horario de aplicación del instrumento fue de 7 am a 1:00 pm, de lunes a viernes. Es importante mencionar que las participantes que asistieron a la cita acompañada, lo hicieron con una amiga, vecina o la mamá, ninguna estuvo acompañada de la pareja, pero a pesar de ello en estos casos la entrevista se realizó de manera individual y se le pidió a la acompañante esperar fuera del consultorio.

De manera semanal, los datos fueron ingresados en una base de datos elaborada con el programa estadístico SPSS versión 15.0, asignando un valor numérico a cada una de las participantes, ingresando con cada uno de los ítems de los instrumentos y las puntuaciones dadas a cada uno de los mismos por las participantes.

3.9.3. Tercera fase procesamiento de la información. Una vez recolectado los datos se inició el proceso de la información con el propósito de dar respuesta a los objetivos de la investigación propuestos, en la primera parte, se buscó una clasificación socio demográfica de la muestra y la identificación de posibles variables intervinientes.

A continuación se procedió a la determinación del fenómeno violencia doméstica, y sus dos subescalas: la violencia física y la violencia no física. En esta fase también abordó la

identificación del fenómeno depresión posparto y determinar la dimensión de la escala de depresión posparto, que se afecta en mayor proporción en un grupo de puérperas.

Además, se determinó la asociación entre los dos fenómenos: la violencia de pareja y la depresión posparto, en un grupo puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, a través de una correlación de Spearman. Y el rechazo a la hipótesis nula.

Por último se contrastaron los hallazgos del autor con la literatura revisada y se realizó una descripción de la violencia de pareja y la depresión postparto en el grupo de participantes.

3.9.4. Control de los posibles riesgos en la recolección de la información. A continuación se presentan los posibles riesgos en la recolección de la información y las intervenciones realizadas con el fin de controlarlas.(Ver tabla no.3)

Tabla 7. Posibles riesgos en la recolección de la información e intervenciones de la investigadora.

Posibles riesgos en la recolección de la información	Intervención de los posibles riesgos en la recolección de la información.
Distractores, como presencia de familiares, ruido, espacio físico inadecuado, interrupciones	Proporcionar un espacio físico el cual debe ser privado, libre de ruido y distractores, sin presencia de los miembros de la familia.
Inducir a las respuestas presentes en los instrumentos	Los instrumentos son autos diligenciados. Explicar la cantidad de preguntas de los instrumentos y las opciones de respuesta, previo al diligenciamiento por parte la participante. Solo se leerán cada uno de los enunciados si la participante solicita que el investigador sea quien los lea.
Instrumentos con preguntas sin responder.	Se confirmará el diligenciamiento de todas las preguntas antes que la participante se vaya.
Interpretación inadecuada o no comprensión de las preguntas por parte de la participante	Leer el enunciado de nuevo y de manera pausada.
Incomodidad por el tiempo para el diligenciamiento de los instrumentos.	Explicar a la participante el tiempo aproximado destinado para el diligenciamiento de los instrumentos.
Temor y afán de la participante a perder tiempo de su cita de control y diligenciar de manera apresurada los instrumentos.	Realizar la entrevista después de la valoración de la asistencia de la paciente a la consulta posparto, con el fin de no alterar el desarrollo de las actividades del servicio y que la participante se encuentre sin apuros para realizar la entrevista.

Fuente: Ramírez, Edna. Producto de la elaboración del proyecto tesis. 2011.

3.10 Consideraciones éticas de la investigación

La investigación sobre violencia doméstica contra la mujer y depresión posparto, conlleva una responsabilidad con las mujeres participantes, con el fin de garantizar su privacidad, dignidad y protección de la integridad física y psicológica.³⁸²

Para lograr tal fin, en la presente investigación, se tuvieron en cuenta la resolución número 008430 de 1993³⁸³, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, las normas para la redacción del consentimiento informado, las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos recomendadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)³⁸⁴⁻³⁸⁵ y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en lo referente a la conducción ética de la investigación sobre la violencia doméstica³⁸⁶. Los elementos específicos de esta legislación aplicados a la investigación se enuncian a continuación

La seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación fue parte esencial y guió todas las decisiones del proyecto, para ello tuvo el siguiente protocolo:

Aval del comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con aprobación el día 5 de mayo de 2010.

Aval del comité ético de investigación de la institución prestadora de servicios de salud donde se realizó la investigación con aval el día 21 de septiembre de 2011.

Después de tener los avales, se procedió a realizar la prueba piloto, en la que se contó con el consentimiento informado, este consentimiento como puede verse informa acerca

382 RODRIGUEZ GARCIA, Roberto; HECHAVARRÍA MIYARES, Joaquín Humberto y AZZE PAVON, María de los Ángeles. Bioética sobre los aspectos éticos de los ensayos clínicos. Revista Cubana de salud y trabajo. 2001, no.2, p.1-2.

383 Ministerio de salud. Resolución número 8430 de Octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. p.1-11.

384 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas. Programa regional de bioética.

Ginebra –Suiza. 2002.

385 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ibid.

386 ELLSBERG, Mary. et, al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. Studies in family planning. March. 2001, vol. 32, no.1, p.1-16.

de los objetivos de la investigación, la naturaleza de las preguntas, el carácter confidencial de las mismas.

Como parte del procedimiento se sensibilizaron a las participantes de la investigación, frente a lo que podría generar el tema en términos de susceptibilidad, emotividad o alguna otra reacción afectiva. Durante la entrevista, se incorporaron las preguntas que tocaron el tema de violencia, explicando, señalando y orientando a las mujeres participantes sobre la naturaleza de las preguntas, dejándole claro la libertad que tenían, de interrumpir la entrevista o no responder ciertas preguntas.

Otro aspecto planificado y que se tuvo en cuenta durante las entrevistas fue la necesidad de mantener un sitio que facilitara la privacidad durante la misma, de la misma manera las participantes desde un inicio sabían que tenían la libertad de cambiar o elegir libremente la fecha y el lugar de la entrevista en la que se sintiesen más seguras y que fuese más conveniente para ellas.

Durante las entrevistas a las participantes de la investigación en los casos se les habló de una investigación sobre la salud de las mujeres y sus experiencias de vida, para evitar el impacto que podría generar el tocar el término violencia.

No se realizaron preguntas referentes al uso de violencia o de exploración de actitudes hacia la violencia o el uso de la misma, con las familiares, y amigas de las entrevistadas, para evitar curiosidad e interpretaciones inadecuadas acerca del fenómeno que estaba indagando.

Así la entrevista sobre violencia doméstica se realizó en el consultorio, se tuvo un tema paralelo, que sirviera de distracción en caso de ser interrumpida la entrevista, incluso por un niño. Para esto se contemplaron temas de (planificación familiar, cuidados en el embarazo, puericultura, lactancia materna). De esto estaba enterada previamente la participante.

Se tenían previstos espacios adicionales para realizar las entrevistas a las mujeres, entre ellos los consultorios de control prenatal, el auditorio del curso de preparación para la maternidad, el consultorio de consulta postparto, y la vivienda de la entrevistada.

Se tuvieron espacios institucionales adicionales preparados para realizar las entrevistas a las mujeres para garantizar la privacidad.

Con el fin de lograr una coherencia entre el objetivo del estudio y la metodología para lograr el objetivo, se contó con la documentación sobre la temática, un diseño e instrumentos, válidos y confiables diseñados para el logro de los objetivos de la investigación.

La información suministrada en las entrevistas fue personal, y confidencial es por esta razón los cuestionarios fueron identificados con códigos.

Los datos de identificación estaban separados del cuestionario tanto los datos de identificación, los consentimientos informados y los cuestionarios permanecerán en custodia de la investigadora en un lugar seguro y por un periodo no mayor a 5 años al cabo de los cuales se destruirán.

Las participantes estuvieron enteradas de los procedimientos de confidencialidad que se tenían en la recolección y procesamiento de datos.

En las bases de datos de Excel y en la presentación de los resultados, no quedó identificación alguna de las participantes de la investigación.

Durante todo el proceso investigativo, se contó con la dirección y asesoría permanente de una profesora designada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, como directora de tesis y la de un psicólogo, profesor universitario e investigador.

La capacitación de la investigadora, para abordar el tema de las participantes del estudio fue lograda a través del estudio independiente de la guía de atención de la mujer maltratada, del Ministerio de Protección Social, y otros documentos sobre el tema.

En la institución contaba con profesionales expertos para atender a las mujeres en caso de encontrar durante la recolección de la información mujeres con evidente depresión.

En la investigación, se tuvo en cuenta las preguntas contenidas en los instrumentos, y la manera de formularlas, acogiendo a las recomendaciones de la OMS. Para que no fueran identificadas como culpabilizadoras, críticas y estigmatizadoras.

En todas las entrevistas se tuvo la precaución de concluir las de manera positiva, reforzando las estrategias propias de la mujer para salir adelante y resaltándole la importancia de la información que compartió la cual se usará para ayudar a otras mujeres.

Los datos recolectados en esta investigación están en custodia de la investigadora, quien fue la única participante en la recolección de los mismos.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo previsto mecanismos de apoyo a corto plazo para la mujer víctima de la violencia doméstica, entre los cuales estuvo el conocimiento de las instituciones de protección ICBF, Comisariías de familia, Policía, DABS, Fiscalía y se tenía a disposición un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que se podía dirigir en un momento de emergencia.

Se contó con el servicio de trabajo social y psicología, de la institución para el apoyo en los casos en que se hizo necesario, al respecto, se realizó la emisión de tres casos, de participantes que presentaron sintomatología positiva para depresión posparto.

Para el desarrollo de esta investigación y asegurar el rigor metodológico de la misma, se contó con el apoyo del Comité Asesor de Postgrados, el Comité de Ética, una profesora investigadora, Doctora en enfermería, con el rol de Directora, un profesor estadístico, un

psicólogo, investigador y profesor universitario, los cuales guiaron la investigación, formularon las recomendaciones y orientaron el análisis, interpretación y aplicación de los resultados.

La investigadora realizó el curso de buenas prácticas clínicas exigido por la institución donde se realizó la investigación, previo al inicio de esta. Presentando la correspondiente certificación. Realizado el día 25 de noviembre de 2010.

3.10.1 Principios éticos. Los siguientes son los principios éticos tenidos en consideración para la investigación

3.10.1.1 Respeto por la autonomía y la libertad del otro. Para esta investigación se respetó la autodeterminación y la responsabilidad de cada una de las participantes de la investigación, para la acción, la decisión, el pensamiento y sentimientos, lo que implicó, que contaran con la capacidad de deliberar sobre sus decisiones y que fueran tratadas por la investigadora, con respeto, teniendo en cuenta que los valores propios de la investigadora, y la moral, no influenciaran las decisiones o el curso de la investigación afectándolas de una u otra forma.

3.10.1.2 Beneficencia. El bien en todas las acciones que se realizaron, la investigadora ante todo mostró su competencia y conocimiento en la temática, ofreciendo una atención de calidad a las participantes de la investigación, sin enjuiciarlas reprocharlas o subestimarlas, con la aplicación de instrumentos válidos y confiables, realizó un análisis juicioso y objetivo de la información y ejecutó las acciones pertinentes para garantizar la integridad y seguridad de las participantes.

3.10.1.3 Justicia. Teniendo en cuenta que la violencia doméstica en gestantes y en el puerperio es un tema poco abordado, y dado que este grupo en especial requiere atención prioritaria por parte de enfermería, el principio de justicia en esta investigación se basó en la búsqueda dentro de programas institucionales ya establecidos, (control prenatal, atención del parto, atención del puerperio y consulta postparto), de espacios para la detección de factores de riesgo que afectaban tanto la salud de la madre, como la de su hijo recién nacido. Buscó potencializar las actividades de enfermería, por medio del uso de instrumentos que suministraron la información tendiente a realizar intervenciones adecuadas, entendiendo que era labor interdisciplinaria. También implicó, el respeto por el horario de consulta de puerperio, el suministro de información adecuada que evitaran molestias innecesarias, con documentos legibles, y completos.

3.10.1.4 Veracidad. El principio de veracidad en esta investigación, se basó en la relación establecida entre la investigadora y las participantes de la investigación. Fue importante al momento de solicitar el consentimiento informado, de manera que la mujer conociera todos los posibles riesgos y beneficios de la investigación, siendo objetiva, real, sincera y coherente con la información contenida en el mismo. La información

obtenida en los instrumentos y la entrevista socio demográfica fue utilizada en su totalidad sin ningún tipo de modificaciones.

3.10.2 Categoría de la investigación. Dentro de la clasificación de riesgo se ubicó esta investigación en categoría b, investigación con riesgo mínimo, porque existieron intervenciones o modificaciones no intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes de la investigación (puérperas). Esta se basó en la utilización de instrumentos cuyo objetivo era identificar violencia de pareja contra la mujer y depresión en el postparto, por esta razón aunque no se manipuló la conducta de las participantes, si se tocaron aspectos de la misma; ya que los temas en mención constituyen una problemática sensible.

4. Resultados

4.1 características socio demográficas de la muestra de estudio.

Los datos sociodemográficos, presentados a continuación buscaban la caracterización de la muestra y a su vez una comparación de tipo cualitativo de las mujeres objeto de estudio, con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y los datos obtenidos sobre violencia Intrafamiliar del Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses de los últimos 5 años, en Colombia.

Además permitieron la verificación de los criterios de inclusión de la muestra, indagando en factores que pudieran intervenir con el estudio, buscando decantar al máximo la información en la búsqueda de la relación violencia de pareja y depresión postparto.

4.1.1 Edad. En la distribución por edad de las 81 participantes encuestadas 55% se encuentran en el grupo de edad de 18-22 años, datos comparables a los entregados por el ENDS de Profamilia 2010, con una edad de las mujeres al nacimiento de su primer hijo de 21,6 años,³⁸⁷ que indican además que adolescentes y mujeres adultas jóvenes ya son madres de su primer hijo dentro de este rango de edad. 25% de las participantes corresponde a personas entre los 23 a 27 años, 14% entre los 28 a 32 años, y 5% de las participantes entre los 33 a 37 años. Los datos obtenidos guardan similitud con los reportados por Instituto Nacional de Medicina Legal, las mujeres con edades entre los 20 y 29 años son las que más presentan violencia de pareja y el grupo de edad en donde se presenta mayor denuncia de violencia de pareja corresponde a edades similares a estas. En los estudios revisados, existe esta tendencia en la población adolescente,³⁸⁸³⁸⁹³⁹⁰³⁹¹ y señalan como factor relacionado con la violencia física, la edad

387 Encuesta nacional de demografía y salud, Profamilia 2010. Capítulo 7 nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo.

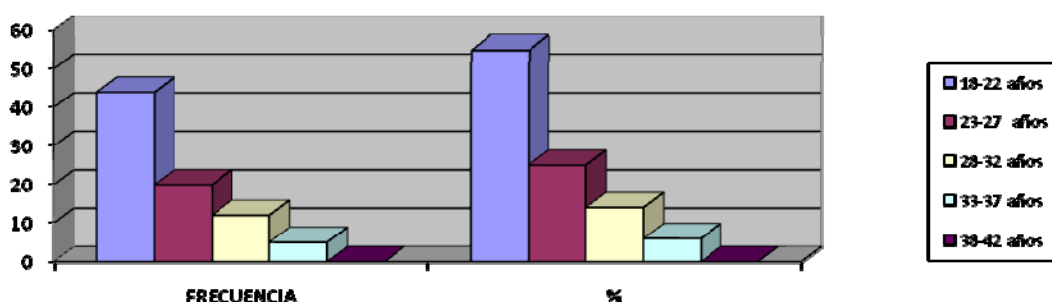
388 SALAZAR CUTIÑO, Berta, et al. Aspectos Psicológicos, y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Medisan 2006, vol. 10, p. 3.

389 MARTINEZ MONSALVEZ, Andrés. Embarazo adolescente. Promoción y prevención. Universidad de las Américas. Chile. 2009, p.6-8.

390 PEREZ RODRIGUEZ, María del Rosario. et al. Op. cit., p.268.

del primer embarazo.³⁹²³⁹³ Sin embargo para esta investigación, la edad de las participantes está entre 18 y 42 años todas primigestantes víctimas de la violencia sin distinción de edad (Ver grafico no.1)

Grafico 1. Distribución por edad de las púérperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.2 Estado civil. 52% reportó vivir en unión libre, 26% se encontraba casada al momento de realizar la investigación y el 22% de las participantes se encontraba soltera. (Ver grafico no. 2). Estas cifras guardan similitud a las presentadas por el instituto nacional de medicina legal, en las que cada año se observa un incremento de la unión libre entre las parejas que establecen o conforman un hogar. Sin embargo el contar con una pareja estable no garantiza que la mujer no va a ser violentada por su pareja, las cifras indican que parte de las agresiones sexuales al interior del hogar son ocasionadas por el esposo o compañero permanente. Una investigación realizada en España, concluye que la unión libre, no es igual a matrimonio, ya que el compromiso matrimonial mejora la calidad de las relaciones de pareja, supone una mejor salud, menos lesiones y discapacidades. Las madres casadas sufren menos depresiones que las solteras o las

391 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Violencia contra la mujer. Op cit., p. 12.

392 ZALDIVAR, Gloria, et al. Op. cit., p. 486.

393 PEREZ RODRIGUEZ, María del Rosario, et al. Op.cit., p.268.

que forman parejas de hecho, y son menos víctimas de la violencia doméstica que las solteras con pareja.³⁹⁴³⁹⁵

El matrimonio reduce el riesgo de que los adultos se conviertan en agentes o víctimas de violencia. Debe tenerse en cuenta que las mujeres pueden no manifestar abiertamente su inconformidad con su estado civil actual. Un estudio realizado en Perú en el 2009 encontró mujeres insatisfechas con su actual estado civil o con su pareja, lo que puede desencadenar situaciones de violencia³⁹⁶.

En Colombia, la unión conyugal de las mujeres ocurre en promedio a los 21,5 años, siendo el embarazo una causa para dichas uniones. Para esta investigación ese rango de edad se mantiene, así como el porcentaje de mujeres que conviven en unión libre. Las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, de Profamilia difieren porcentualmente a las halladas en esta investigación ya que se encuentra que más de la mitad de las mujeres del estudio viven en unión libre, duplicando en cifras a las mujeres que se encuentra casadas y solteras (las cuales se encuentran en proporciones similares).

Otros datos importantes que deben tenerse en cuenta son los presentados en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses (forensis 2010), en los casos de violencia de pareja se encuentra que el agresor en 44% es el compañero permanente, seguido de los esposos con 25% y en tercer lugar ex compañeros 16,3%³⁹⁷. Datos similares a los presentados por Muhajarine y D. Arcy.³⁹⁸ Y Beydoun, H et al. 2010³⁹⁹. Aunque las mujeres que viven en unión libre presentan más probabilidad de sufrir violencia de pareja, preocupa el hecho que aunque se encuentren casadas, en unión libre o solteras, indistintamente sigan siendo víctimas de la violencia.

394 BRADFORD WILCOX, D, et al. El matrimonio importa. Veintiséis inclusiones de las ciencias sociales. Social Trends Institute. Barcelona. 2007, p. 23.

395 NUÑEZ RIVAS, Hilda, et al. Op. cit., p.4.

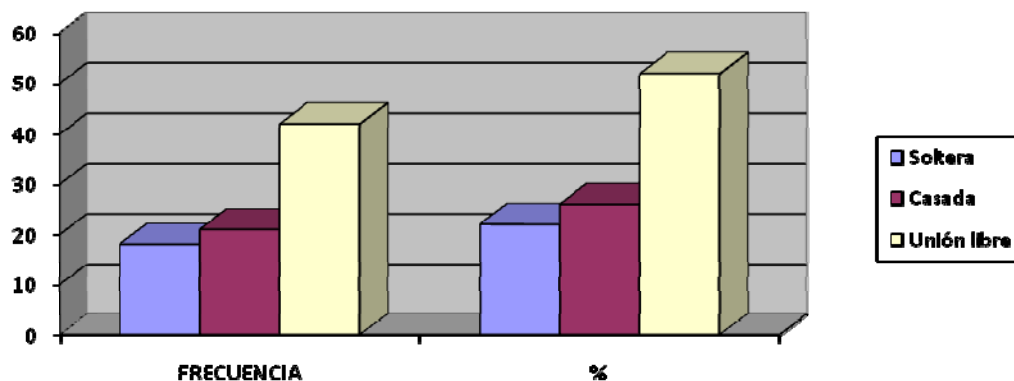
396 ESCOBAR, Juan, et al. Depresión posparto. ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Anales facultad de medicina. Lima. Junio. 2009, vol.70, no.2, p116.

397 CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Descripción del comportamiento de la violencia intrafamiliar Colombia 2010. Op.cit., p.113-117.

398 MUHAJARINE, Nazeem y D. ARCY, Carl. Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. Canadian Medical Association. Abril. 1999, vol. 160, no. 7, p.1007-1011.

399 BEYDOUN, Hind A, et al. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the maternity experience survey. Ann Epidemiology. 2010, no. 20. p. 575-583.

Grafico 2. Distribución del estado civil de las puérperas participantes en la investigaciónrelación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).

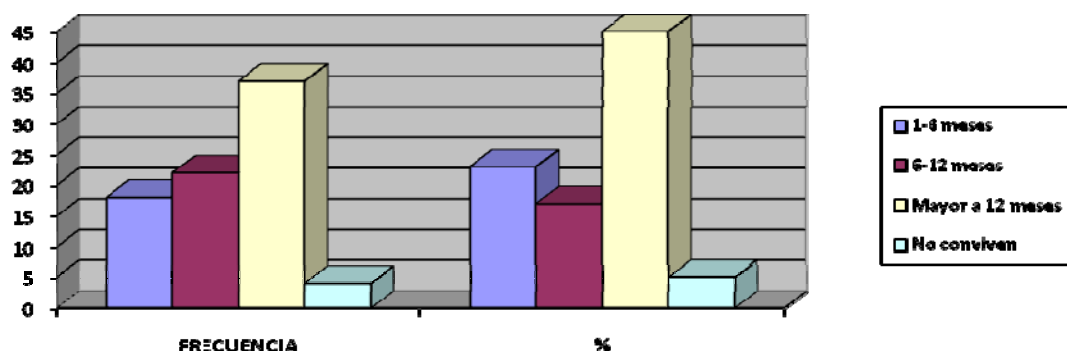


Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.3 Tiempo de convivencia. Con relación al tiempo de convivencia 45% de las participantes ha convivido con su pareja más de 12 meses; 27% entre 6 y 12 meses; 23% entre 1 y 6 meses y el 5% de las participantes no conviven con su pareja. La violencia en el embarazo se considera hasta y un año antes del nacimiento del fruto y puede incrementarse durante el embarazo.

Es importante además tener en cuenta el porcentaje de mujeres que no conviven con su pareja, ya que los reportes de las encuestas nos indican un incremento de la violencia de pareja propiciado por el ex novio, ex compañero, ex marido o ex amante, como un reflejo de la creencia arraigada de propiedad y derechos que tiene el hombre sobre su ex pareja una vez finalizada la relación. (Ver grafico no. 3)

Grafico 3. Distribución del tiempo de convivencia con la pareja de las puérperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.4 Escolaridad. En cuanto a la escolaridad 41% tiene estudios secundarios completos, seguido de 20% con estudios técnicos incompletos, 13% con estudios universitarios completos, 12% de las participantes tienen secundaria incompleta, 8% estudios técnicos completos y 6% presentan estudios universitarios incompletos. De acuerdo al ENDS de Profamilia 2010, 76% de las mujeres en Colombia tienen algún grado de educación secundaria o superior⁴⁰⁰, datos que se corroboran con los arrojados en esta investigación. Es importante decir que dentro de la investigación no se encontraron mujeres analfabetas. (ver grafico no.4)

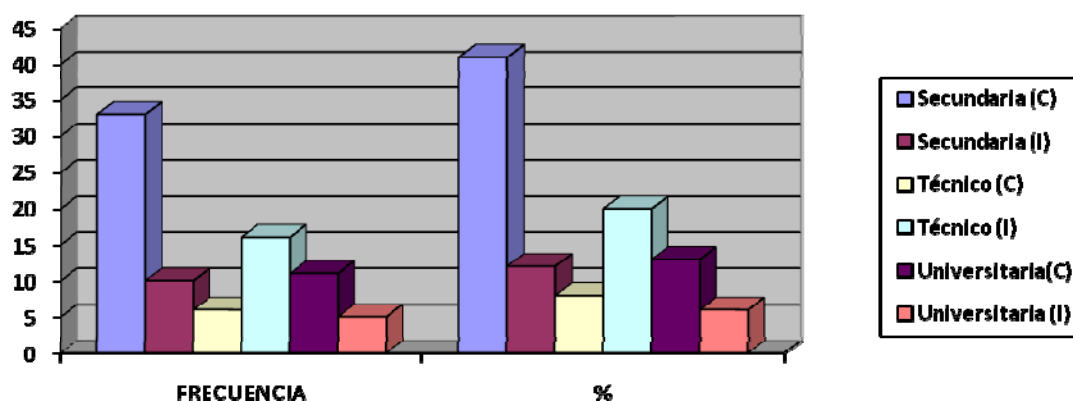
Contrastando estos hallazgos con las encuestas en Colombia, se encuentra que el mayor número de registros de violencia de pareja, corresponde a mujeres con estudios primarios o secundarios, indicando como agresor al esposo. El nivel educativo bajo, limita intelectualmente a la mujer en cuanto a la comprensión y conocimiento de sus derechos, las herramientas para hacerlos valer y el acceso a mejores ingresos. Hay que considerar además que la educación incide en la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En los estudios previos realizados sobre violencia doméstica se encontró que las mujeres con déficit educativo tienen menos habilidades para la resolución de problemas debido a su dependencia de la pareja y por lo tanto están más expuestas a violencia por

400 Encuesta nacional de demografía y salud, Profamilia 2010. Capítulo 4 características generales de las mujeres en edad fértil.

parte de la misma⁴⁰¹; para esta investigación, las mujeres indistintamente de su nivel educativo presentan violencia de pareja lo que se ratifica en los estudios de Costa, et al.⁴⁰²

Grafico 4. Distribución de la escolaridad de las púerperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.5 Ocupación. En cuanto a la ocupación actual 78% son amas de casa, dedicada al cuidado de su recién nacido, 9% se encuentra estudiando, 7% de las participantes son empleadas y 6% son trabajadoras independiente. (Ver grafico no.5). En las encuestas revisadas un bajo porcentaje de las mujeres dedicadas al hogar refieren ser víctimas de violencia física, sicológica y sexual por su pareja, debido a que legitiman el maltrato por provenir de su pareja, por temor, o el no deseo de denunciar a su pareja.

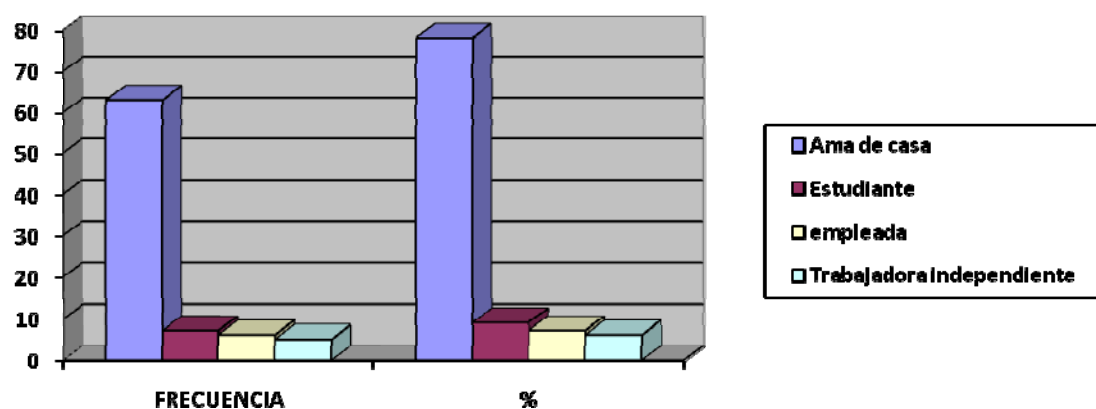
La mujer que se encuentra permanentemente en la casa, dependiendo de la pareja corre un alto riesgo a sufrir violencia de pareja y que esta se presente con mayor frecuencia. La vivienda es el lugar más reportado en las encuestas donde se presentan las agresiones por la pareja. También es importante destacar que la mujer a pesar de tener algún tipo de solvencia económica no está en condición de igualdad frente al hombre. La violencia de pareja se presenta en todos los estratos sociales.

401 CARRERA, Carolina; BRAVO, Lorena y DAVIDOVICS, Gabriel. Estudio detección y análisis prevalencia de la violencia doméstica en la décima región de los lagos. Servicio nacional de la mujer. Corporaciones Humanas. Chile. Enero. 2009, p.87.

402 COSTA Nazaré. et al. Op cite.p.142.

La ocupación actual de las participantes de la investigación nos muestra que 78 % de las mujeres se desempeña como ama de casa; estudios realizados sobre el particular, nos muestran como la estancia en casa es un factor que predispone a la mujer a presentar más violencia de pareja, abandonando su proyecto de vida, estudio, trabajo para asumir la crianza y actividades propias del hogar.

Grafico 5. Distribución de la ocupación de las puérperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



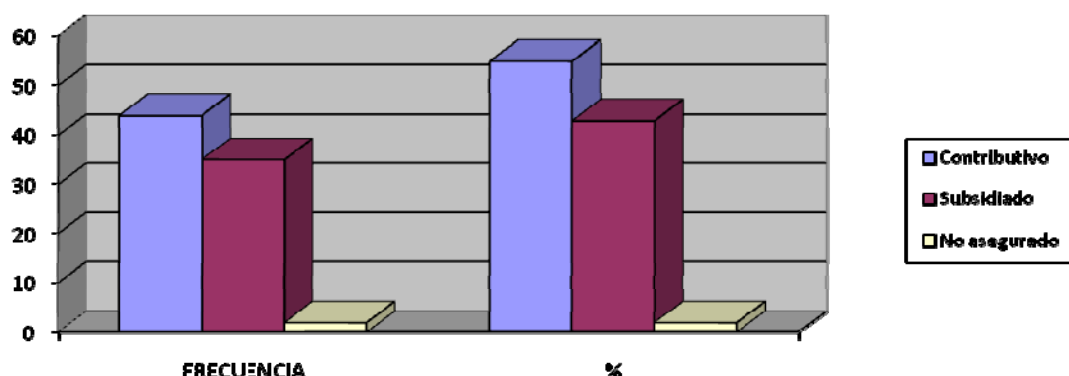
Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.6 Tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud. Al indagar el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se reporta que 55% de las participantes del estudio se encuentran en el régimen contributivo, 43% al régimen subsidiado y 2% no se encuentran aseguradas. Esto indica que las participantes de la investigación tienen acceso a servicios de salud, donde pueden recibir orientación y educación, detección de factores de riesgo para su salud, actividades de promoción de la salud, y prevención de la enfermedad y pueden realizar consultas con enfermería o psiquiatría en casos de alteración de su salud física o mental, y violencia de pareja. (ver grafico no.6). Los registros de la Encuesta de demografía y salud, corroboran esta información encontrando un incremento en las cifras en la cobertura en salud.

Se ha asociado tanto en la gestante con depresión, como en la gestante víctima de violencia una mala alimentación y la falta de búsqueda de cuidados prenatales,

oportunos, entre más se incrementa el problema buscan menos ayuda y no recurre a los servicios de salud.⁴⁰³⁴⁰⁴

Grafico 6. Distribución del tipo de afiliación de las puérperas participantes en la investigaciónrelación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011.

4.1.7 Consumo de medicamentos durante el embarazo.En cuanto a la pregunta relacionada con el consumo de medicamentos durante el embarazo, 53% de las participantes en la investigación refirieron el consumo de medicamentos durante su gestación, frente a 47% que no consumió medicamentos.(ver grafico no.7)

Dentro del grupo de participantes que respondió positivamente, los medicamentos más utilizados son el paracetamol, la metoclopramida, los óvulos de metronidazol, los micronutrientes, y antibióticos.

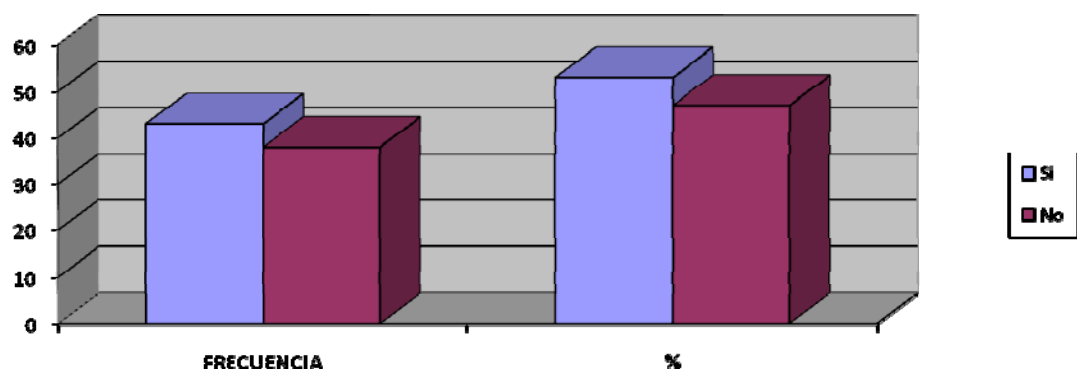
Con lo anterior se descartó que la paciente tuviese enfermedades como hipotiroidismo, o consumiera medicamentos ansiolíticos o antidepresivos.

403 STEWART,D. Depresión during pregnancy. Citado por MALDONADO DURÁN,J Martín y LARTIGUE, Teresa. Depresión en la etapa perinatal .En: Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. 2011.p. 159.

404 NUNES, María, et al. Nutrición, mental health and violence: from pregnancy to postpartum cohort of women attending primary care units in Southern Brazil – ECCAGE study. BioMed Central Psychiatry.2010. vol. 10, no. 6, p. 1-8.

Preocupa el hecho de que las pacientes con afiliación al sistema de seguridad social en salud, reciben los micronutrientes necesarios durante la gestación y aquí se encuentra que un alto porcentaje refirió no consumir medicamentos durante la gestación, lo que cuestiona sobre las prácticas de autocuidado que tiene las mujeres.

Grafico 7. Consumo de medicamentos de las puérperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

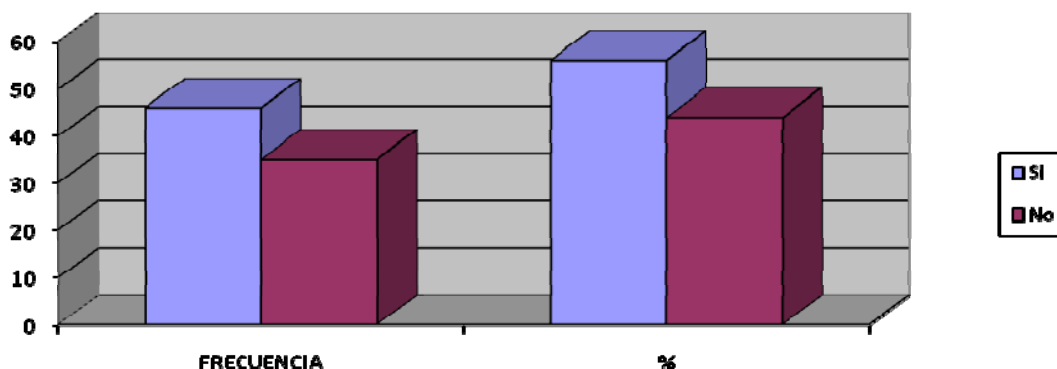
4.1.8 Embarazo deseado/planeado. A la pregunta si el embarazo fue deseado/planeado, se encontró que 56% de las pacientes planeó /deseó su embarazo, en tanto que 44% no planeaba/deseaba tener un hijo. Se ha documentado que la no planeación o deseo de tener un hijo puede ser un factor para que la mujer sea víctima de violencia de pareja, sin embargo la planeación o el deseo de tener un hijo, no protege a la mujer de ser víctima de violencia de pareja, estudios han documentado que el hombre puede sentir celos del hijo que está por nacer, o del recién nacido y de la atención que este recibe. (vergrafico no 8)

Aunque para esta investigación no se estudió la relación entre el deseo o planeación del embarazo con la violencia de pareja, es importante tener en cuenta que 44% de las participantes refirió que su embarazo no había sido planeado/deseado. La Organización Panamericana de la salud, indica que si el embarazo es imprevisto o no deseado, incrementa la probabilidad de violencia doméstica contra la mujer,⁴⁰⁵ repercute en el aspecto psico-socio-cultural de la mujer, produciéndose cambios físicos y psicológicos

405 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia doméstica durante el embarazo. Op. cit., p. 1-2.

que pueden producir situaciones estresantes que podrían cambiar la percepción sobre sus expectativas creadas anteriormente a la gestación⁴⁰⁶; y es un factor de riesgo para presentar depresión en el postparto.⁴⁰⁷

Grafico 8. Embarazo planeado/deseado de las puérperas participantes en la investigaciónrelación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.1.9 Hijos de la pareja al cuidado de la participante de la investigación. Al preguntarles a las participantes si bajo su cuidado se encuentran hijos de su pareja, se encuentra que 5 % de las entrevistadas, tiene bajo su cuidado un hijo de una relación anterior de su pareja. A pesar que el grupo participante en esta investigación es de primigestantes, algunas mujeres tienen a su cuidado hijos de uniones anteriores de su pareja, lo que muestra la recomposición en la estructura familiar.(Ver grafico no.9)

Un estudio de Morales et al.,indica que esta situación puede generar conflictos de pareja, principalmente abuso psicológico ⁴⁰⁸. Se ha encontrado que la atención de otros niños pequeños en el hogar requiere una inversión de tiempo y cuidados, si hay varios de ellos, antes del embarazo, puede llevar a la gestante a sentirse abrumada.⁴⁰⁹

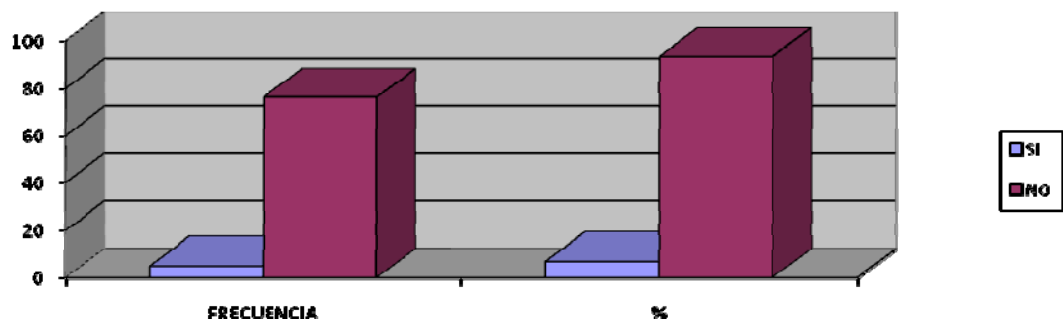
406O.NEIL, M.F.Normative Psychological changes in first –time mothers. DisertationAbstracts International.1993.no.53,(12B),p.65-85.

407 GÓMEZ AYALA, Adela Emilia. Op. cit., p 2-3.

408 MORALES, Mónica, et al. Op. cit., p.277.

409 MALDONADO DURAN,J. Martín y LARTIGUE,Teresa.Op.cit.p.157.

Grafico 9. Hijos de las parejas de las púerperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.1.10 Apoyo percibido durante la gestación. (Apoyo primario o secundario) y de tipo (material, instrumental, emocional o cognitivo). Con relación al apoyo social se estableció para esta investigación que 79% de las mujeres refirieron sentirse apoyadas durante el último año, sin embargo no se establecieron las formas y tipos de apoyo recibidos. (Ver gráfico no.10) Es importante tener en cuenta que a pesar de esta cifra, la evidencia de violencia es alta en esta investigación 54% lo que nos puede indicar para el estudio que el apoyo social no es un factor que proteja a la mujer de presentar violencia de pareja.

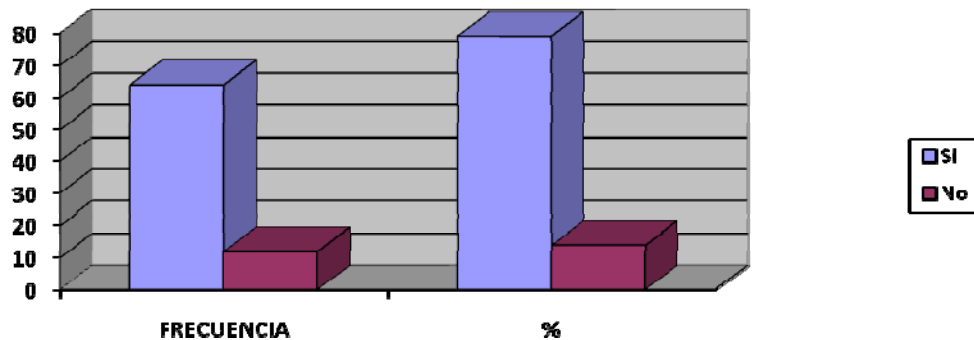
Llama la atención, encontrar mujeres desprovistas de redes de apoyo emocional situación que puede estar dada por la violencia en la que se encuentran. Un estudio realizado en Canadá encontró que la violencia durante el embarazo se asocia a la falta de percepción del apoyo recibido y el aislamiento de la mujer.⁴¹⁰ Las mujeres maltratadas tienden a reportar que tienen un menor número de personas con las que podrían hablar sobre temas personales o reunirse.⁴¹¹ O insatisfacción con el apoyo social con el que cuentan⁴¹²

410 MUHAJARINE, Nazeem y D. ARCY, Carl. Ibid., p.1009

411 MUHAJARINE, Nazeem y D. ARCY, Carl. Ibid., p.1009-1010.

412 ALVARADO M, Rubén, MEDINA L, ERNESTO Y ARANDA CH, Waldo. El efecto de las variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Revista médica de Chile. Mayo 2002, vol.130, no.5, p.561-568.

Grafico 10. Apoyo percibido durante la gestación en las púerperas participantes en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto. (n= 81).



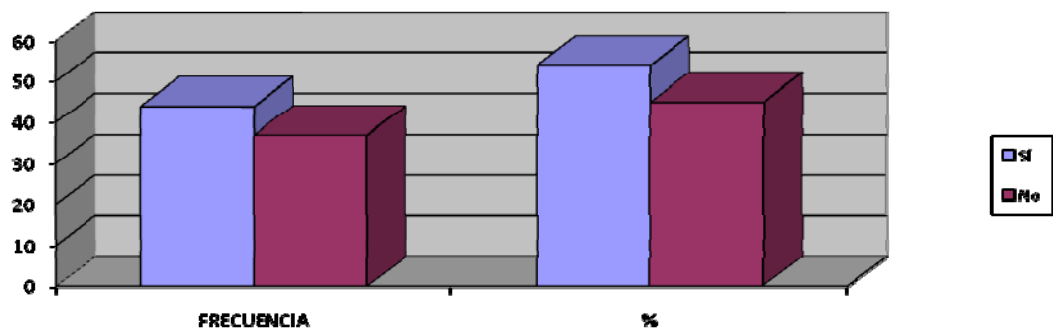
Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.2. Violencia de pareja

El análisis de esta variable se realizó para conocer si las participantes en la investigación han experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año.

Esta variable se estableció con las puntuaciones ingresadas a la base de datos, que tuvieron las participantes después de la aplicación del Índice of spouse Abuse, y de establecer los valores ponderales de cada ítem y la sumatoria de las misma en cada una de las subescalas. Posteriormente se tuvieron en cuenta los puntos de corte para violencia física (6) y violencia no física (14). Se clasificó a las participantes en maltratadas y no maltratadas. Los hallazgos muestran que 54 % de las participantes de la investigación fue maltratada en su relación de pareja en el último año frente a 45% que no fue maltratada. (Ver gráfico no 11)

Grafico 11. Clasificación de las participantes de la investigación relación entre la violencia de pareja y la aparición de depresión posparto como “maltratadas” y no “maltratadas”, teniendo en cuenta los puntos de corte del Índice of spouse abuse (n=81).

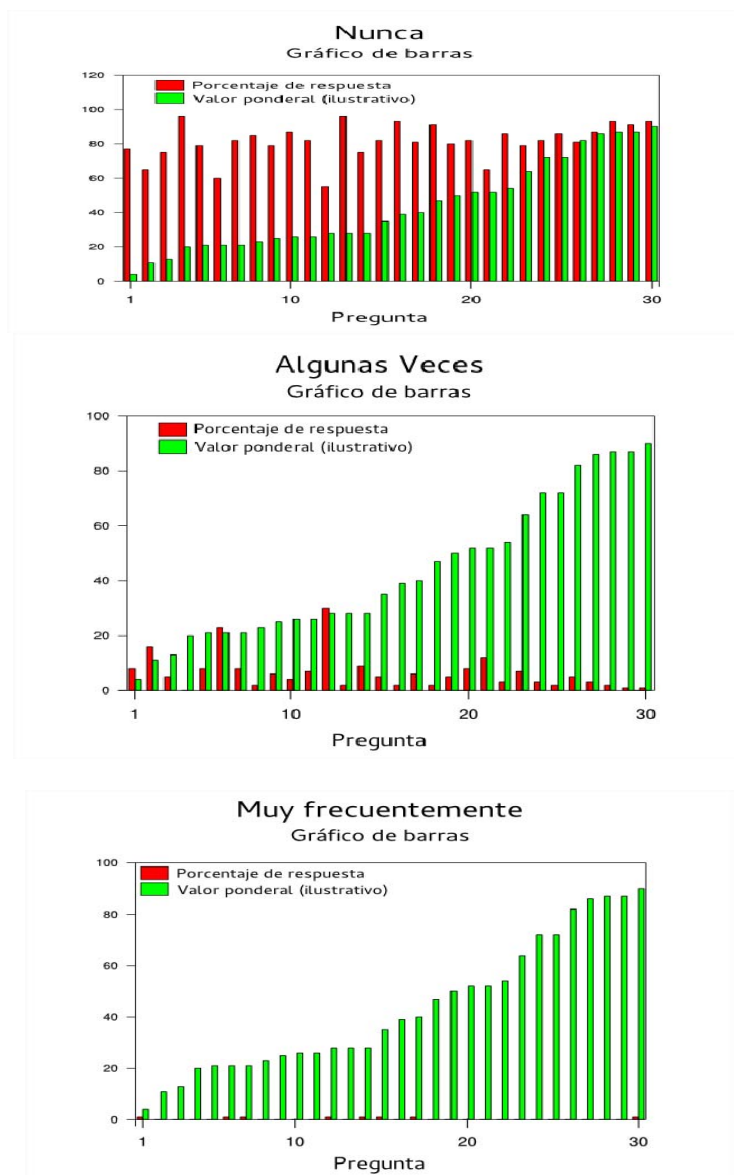


Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.2.1 Frecuencia del maltrato. Se estableció la frecuencia del maltrato teniendo en cuenta las puntuaciones dadas por las 81 participantes a las 30 preguntas. En la escala de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente, muy frecuentemente, del Índice of spouse abuse. Encontrando porcentajes de respuesta que van desde nunca 60% a 96%; rara vez: 1% a 18%, algunas veces 1% a 30 %; frecuentemente: 0% a 3%, y muy frecuentemente: 0 a 1%.

Se puede observar en el que a medida que aumenta la severidad en la ponderación de las preguntas acerca del maltrato disminuye la proporción de respuestas positivas. Así por ejemplo, las personas que responden "Nunca" son más que las que responden "Algunas veces" y que aquellas que responden "Muy frecuentemente". Es decir, que la frecuencia de respuesta disminuye al aumentar la severidad de la violencia. (Ver gráfico no.12).

Grafico 12. Frecuencia del maltrato de las participantes de la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto teniendo en cuenta la escala de clasificación del Index of spouse abuse (n=81).

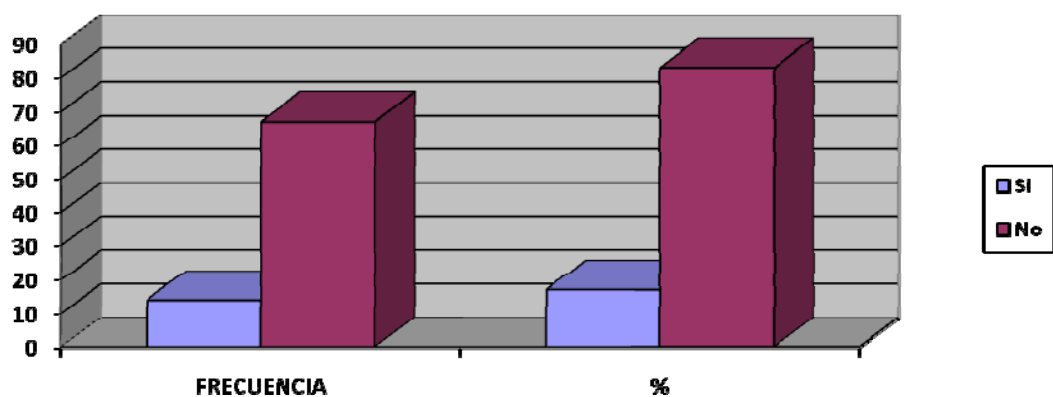


Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.2.2 Subescala Abuso físico. Dentro de la variable Violencia de pareja se debe realizar el análisis de la subescala de Abuso físico, con el fin de determinar con qué frecuencia se presentó este fenómeno en las participantes del estudio.

Teniendo en cuenta el punto de corte (6) de instrumento Índice of Spouse Abuse, se encontró un porcentaje de 17% dentro del grupo de participantes que son maltratadas físicamente y 83% que no son maltratadas físicamente. (ver grafico no.13)

Grafico 13. Frecuencia de la violencia física en el grupo de participantes de la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).

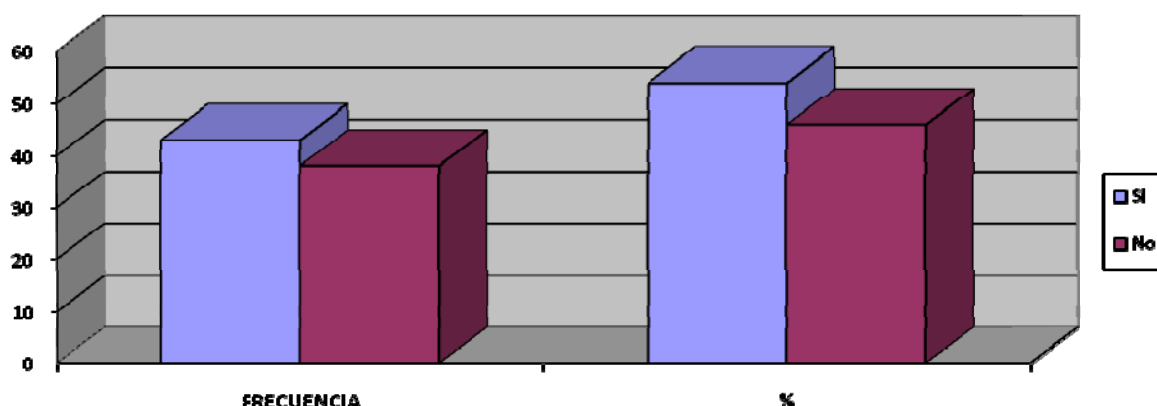


Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.2.3 Subescala Abuso no físico. Dentro de la variable Violencia de pareja se debe realizar el análisis de la subescala de violencia no física, con el fin de determinar con qué frecuencia se presenta este fenómeno en las participantes de la presente investigación.

Teniendo en cuenta el punto de corte (14) de instrumento Índice of Spouse Abuse, se encontró un porcentaje de 53% dentro del grupo de participantes que presentan violencia no física y un 45% que no presentan este tipo de violencia. (ver grafico no.14)

Grafico 14. Frecuencia de la violencia no física en el grupo de participantes de la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto(n=81).



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.2.4 Coeficientes de correlación de la subescala violencia física y violencia no física y su significancia. Se realizó un estudio estadístico utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, para los valores ponderales obtenidos de la aplicación de escala de violencia de pareja (Index of spouse abuse), se observa que según la significancia las dos subescalas son altamente significativas con el total de violencia, es decir, cada subescala guarda relación con el total de violencia. (ver tabla no.8)

Tabla 8. Coeficientes de correlación de la subescala violencia física y violencia no física y su significancia.n= (81).

VIOLENCIA	COEFICIENTE DE CORRELACION SPEARMAN	SIGNIFICANCIA
Violencia física	,812	,000
Violencia no física	,853	,000

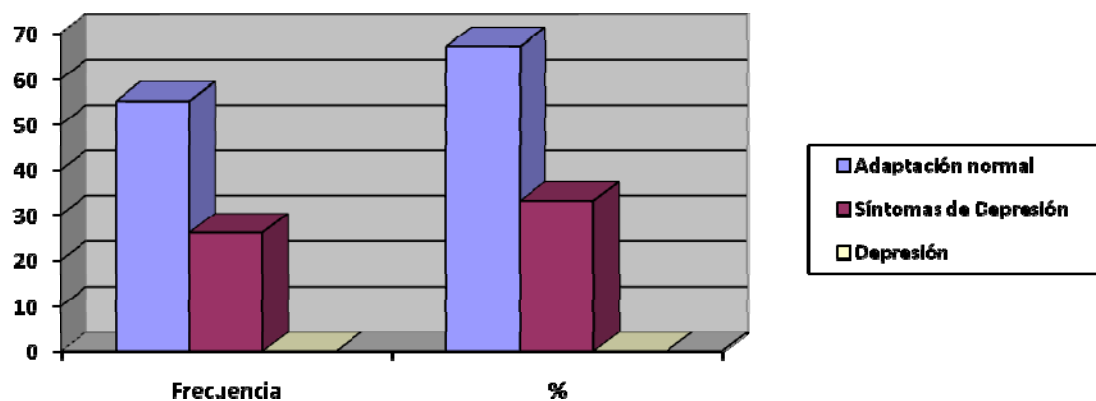
Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3. Depresión posparto

El análisis de esta variable, permitió establecer si las participantes presentaban, adaptación normal al posparto, síntomas de depresión, o depresión en el posparto. Por medio de los datos obtenidos de la base de datos elaborada con las puntuaciones que dieron las participantes de la Escala sistemática de depresión posparto versión en español, entre la semana 2 a 4 del posparto.

- Adaptación normal de la mujer al posparto: del total de participantes del estudio, se encontró 68% de las mujeres con adaptación normal durante el posparto.
- Síntomas de depresión posparto: del total de participantes en el estudio se encontró 32% de las participantes con sintomatología de depresión posparto.
- Depresión posparto: dentro de la investigación no se encontró participantes con depresión.(ver grafico no.15)

Grafico 15. Frecuencia de Adaptación normal, síntomas de depresión y depresión en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto.



Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.1. Dimensiones de la escala de DPP que se encuentran más afectadas en las participantes de la investigación. Teniendo en cuenta la suma de las puntuaciones de cada una de las dimensiones de la escala. Se identificó cuáles de estas dimensiones se afectan en mayor proporción dentro del grupo de púerperas encontrando que 32 % de las participantes presentó labilidad emocional durante el puerperio, 24% ansiedad e inseguridad, 17% presentó confusión mental, 11% presentó trastornos del sueño alimentación, 9% pérdida de sí misma, 6% sentimientos de culpa y vergüenza, y 1% ideas suicidas.(ver tabla.no.9)

Tabla 9. Dimensiones de la escala de Depresión post parto que se encuentran más afectadas en las participantes de la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).

DIMENSIONES DE LA ESCALA	FRECUENCIA	VALORES DE PUNTUACION	%
Labilidad emocional	26	(5 - 25 pts)	32
Ansiedad Inseguridad	20	(5 - 21 pts)	24
Confusión mental	14	(5 -17 pts)	17
Sueño/alimentación	9	(5 -16 pts)	11
Pérdida de sí misma	8	(5 -13 pts)	9
Culpa/vergüenza	3	(5 -11 pts)	6
Ideas Suicidas	1	(5 - 6pts)	1

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.2 Relación entre la Violencia de Pareja y la Depresión posparto.

Con el fin de dar respuesta al fenómeno violencia de pareja y su relación con la Depresión posparto en el grupo de púrperras n=81 y al planteamiento de las hipótesis:

H1: Existe una relación entre la violencia de pareja y la depresión en el postparto.

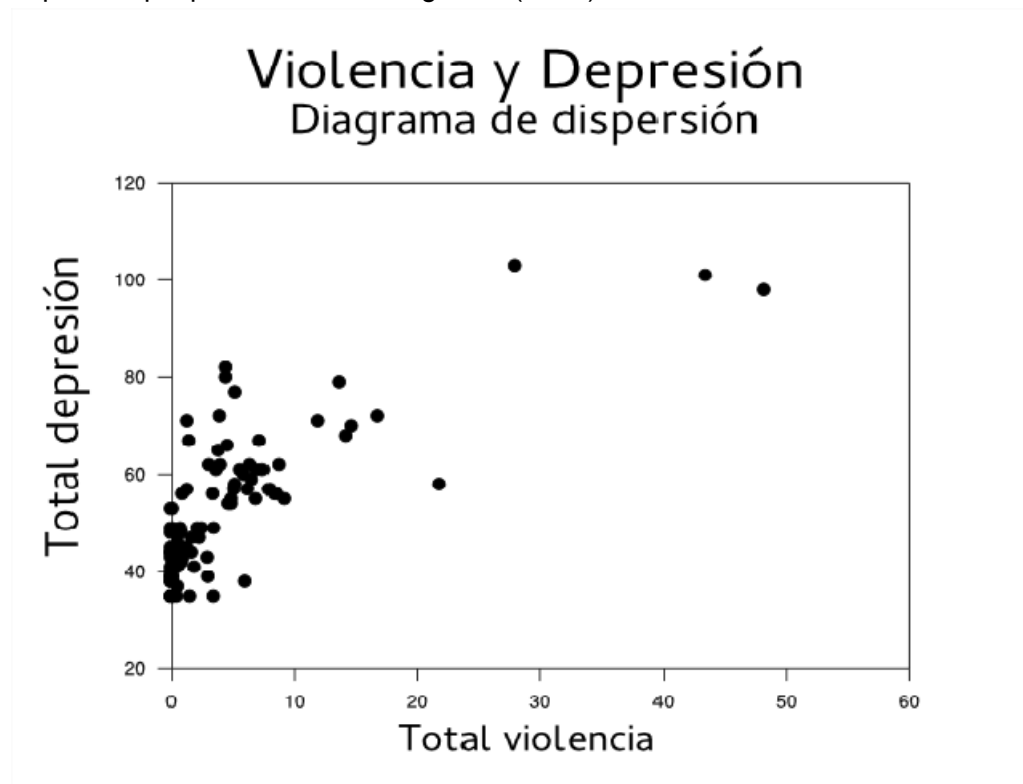
Ho: No existe relación entre la violencia de pareja y la depresión en el postparto.

Se utilizó el coeficiente de correlación de spearman (rangos), con el fin de eliminar el sesgo que puedan producir los datos extremos al momento de tratar las variables.

Se realizó un estudio estadístico de Prueba, utilizando las puntuaciones obtenidas en la base de datos y aplicando el coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p es inferior a uno con un nivel de significancia de $\alpha 0,01$, se rechazó la hipótesis nula, concluyéndose por lo tanto que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la depresión posparto, con una correlación de 0,738.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del grafico en las variables total violencia y total depresión. Podemos observar que existe una correlación entre dichas variables, en donde a mayor puntaje de violencia, también hay una tendencia a incrementar el puntaje de depresión. Esto quiere decir que a mayor violencia de pareja es más probable la aparición de depresión posparto.(ver grafico no 16)

Grafico 16. Relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto, en la investigación (n=81)



$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,738 \quad \text{valor-p} = 0,000$$

n(n²-1)

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.3 Relación entre el abuso no físico y la Depresión posparto. Con el fin de dar respuesta a las hipótesis planteadas para esta investigación en la subescala abuso no físico y la relación con la depresión posparto en el grupo de puérperas n=81.

H1: Existe una relación entre el abuso no físico y la depresión en el postparto.

H0: No existe relación entre el abuso no físico y la aparición de depresión posparto.

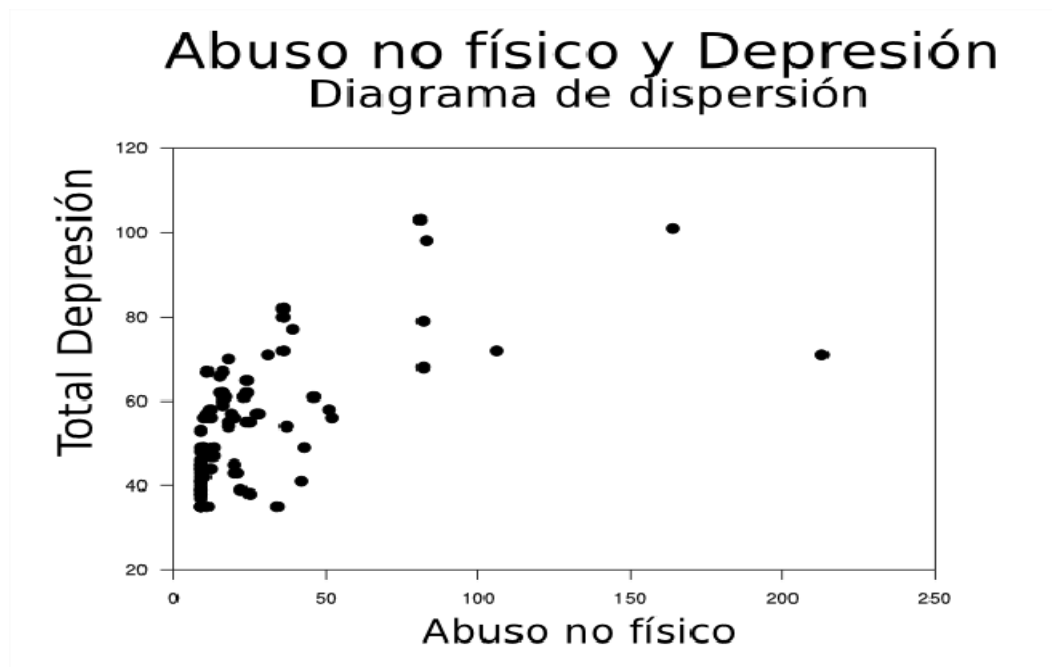
Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rangos), con el fin de eliminar el sesgo que puedan producir los datos extremos al momento de tratar las variables.

Se realizó un estudio estadístico de Prueba. Utilizando las puntuaciones obtenidas en la base de datos y aplicando el coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p es

inferior a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechazó la hipótesis nula, por lo tanto existe una relación directamente proporcional entre la violencia no física y la depresión postparto. Con una correlación de 0,650.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico en las variables total subescala de abuso no físico y total depresión. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje en la subescala de abuso no físico, también hay un incremento en el puntaje de depresión, esto quiere decir que hay una tendencia a incrementar el comportamiento entre las variables. A mayor abuso no físico se presenta más depresión en el postparto. (ver gráfico no.17)

Gráfico 17. Relación entre el abuso no físico y la Depresión posparto en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



$$6 \cdot \sum d_i^2$$

$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,650 \quad \text{valor-p} = 0,000$$

n(n²-1)

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.4 Relación entre el Abuso físico y la Depresión posparto. Con el fin de dar respuesta a las hipótesis planteadas para esta investigación dentro de la subescala abuso físico y la relación con la depresión posparto en el grupo de puérperas $n=81$.

1: Existe una relación entre el abuso físico y la depresión posparto.

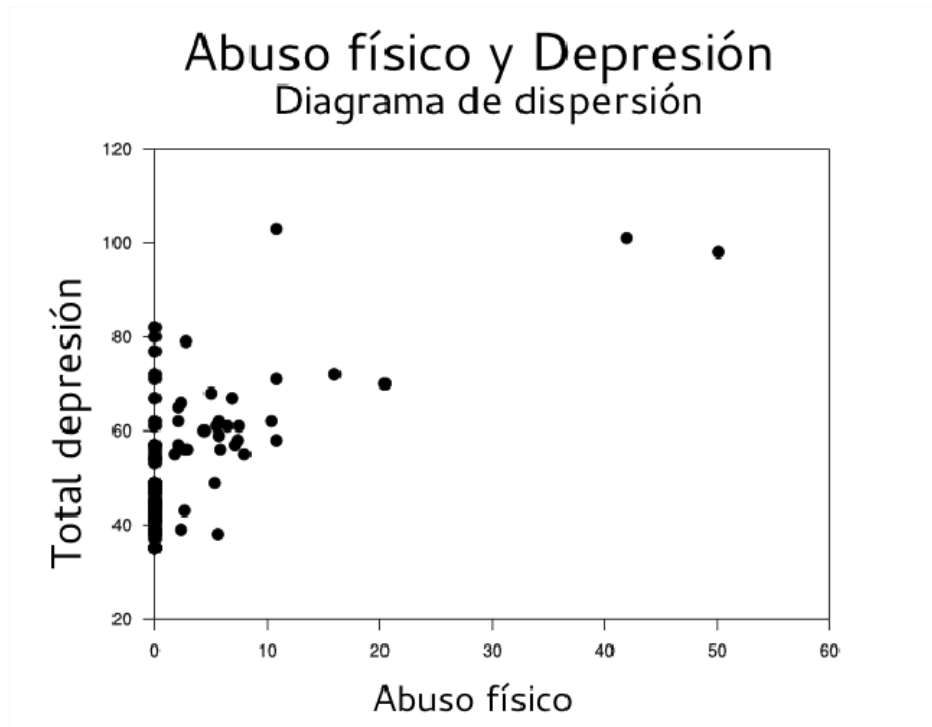
H_0 : No existe relación entre el abuso físico y la depresión posparto.

Se realizó un estudio estadístico de Prueba, utilizando las puntuaciones obtenidas en la base de datos y aplicando el coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor-p es inferior a uno con un nivel de significancia del 0,01, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre el abuso físico y la depresión posparto. Con una correlación de 0,549.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rangos), con el fin de eliminar el sesgo que puedan producir los datos extremos al momento de tratar las variables.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes, es representado dentro del gráfico por medio de las variables total subescala abuso físico y total depresión. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de abuso físico también hay un incremento en el puntaje de depresión, esto quiere decir que hay una tendencia a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor abuso físico hay más tendencia a presentar depresión posparto. (ver gráfico no.18)

Grafico 18. Relación entre el Abuso físico y la Depresión posparto en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



$$6 * \sum di^2$$

$$R = 1 - \frac{6 * \sum di^2}{n(n^2 - 1)} = 0,549 \quad \text{valor-p} = 0.000$$

n(n²-1)

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.5 Relación entre la violencia de pareja y cada una de las dimensiones de la depresión posparto. Con el fin de dar respuesta a las hipótesis planteadas para esta investigación se estableció la correlación entre la violencia de pareja y cada una de las dimensiones de la depresión posparto en el grupo de púerperas n=81.

Para lo cual se realizó un estudio estadístico de Prueba, utilizando las puntuaciones obtenidas en la base de datos para cada una de las escalas y aplicando el coeficiente de

correlación de Spearman. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (rangos), con el fin de eliminar el sesgo que puedan producir los datos extremos al momento de tratar las variables.

Encontrando mayor correlación entre las dimensiones labilidad emocional y violencia y la no relación entre las ideas suicidas y la violencia para esta investigación. Estos son los resultados.

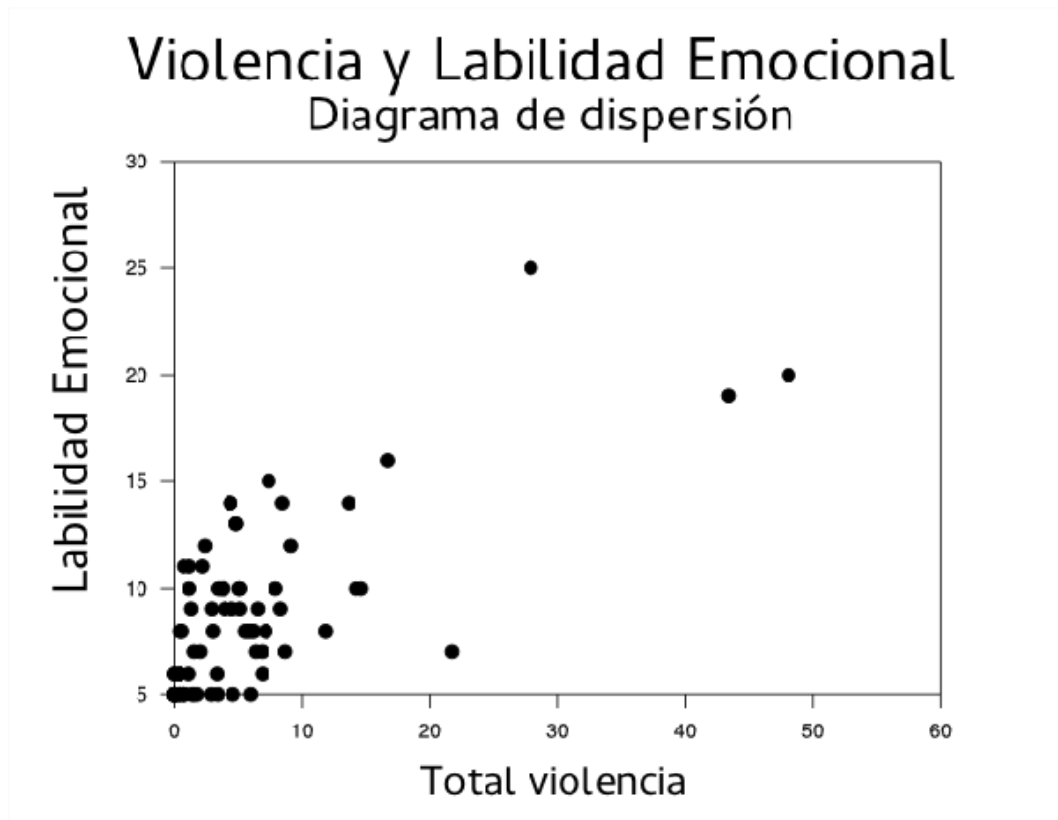
4.3.5.1 Relación entre la violencia de pareja y la labilidad emocional. Hipótesis planteadas: H1: Existe una relación entre la violencia y la labilidad emocional.

Ho: No existe relación entre la violencia y la labilidad emocional.

Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p es inferior a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la labilidad emocional. Con una correlación de 0,683.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por medio de las variables total violencia y total de la dimensión labilidad emocional, de la escala de depresión postparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de violencia, también existe un incremento en el puntaje en la dimensión labilidad emocional, esto quiere decir que hay una propensión a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor violencia de pareja hay más tendencia a presentar labilidad emocional en el postparto.(ver grafico no.19)

Grafico 19. Relación entre la violencia de pareja y la labilidad emocional en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



$$6 * \sum d_i^2$$

$$R = 1 - \frac{6 * \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,683 \text{ valor-p} = 0.000$$

n(n²-1)

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.5.2 Relación entre la violencia de pareja y la ansiedad e inseguridad. Hipótesis planteadas:

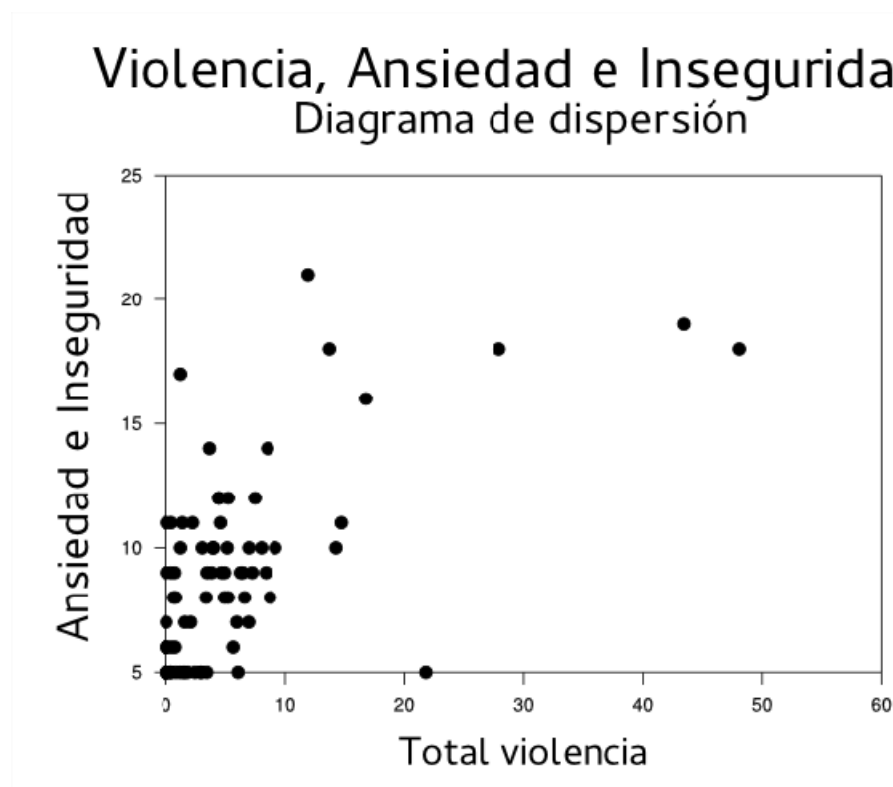
H1: Existe una relación entre la violencia y la ansiedad e inseguridad.

Ho: No existe relación entre la violencia la ansiedad e inseguridad.

Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p es inferior a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la ansiedad e inseguridad. Con una correlación de 0,581.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por medio de las variables total violencia y total de la dimensión ansiedad e inseguridad, de la escala de depresión posparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de violencia también hay un incremento en el puntaje de ansiedad e inseguridad. Esto quiere decir que hay una tendencia a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor violencia hay más predisposición a presentar ansiedad e inseguridad en el postparto. (ver gráfico no.20)

Grafico 20. Relación entre la violencia de pareja y la ansiedad e inseguridad en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81)



$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,581 \quad \text{valor-p} = 0.000$$

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.5.3 Relación entre la violencia de pareja y la confusión mental. Hipótesis planteadas:

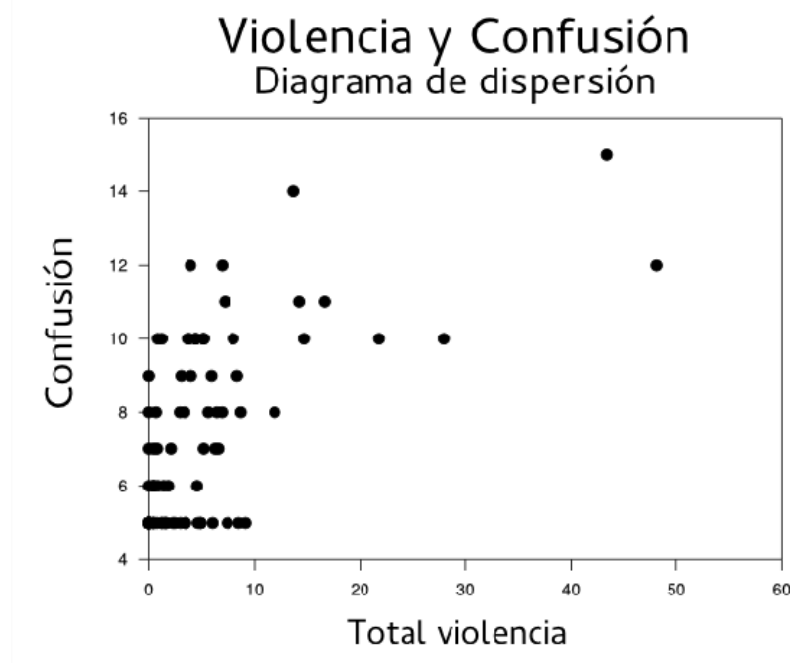
H1: Existe una relación entre la violencia y la confusión mental.

Ho: No existe relación entre la violencia y la confusión mental.

Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor-p es inferior a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la confusión mental. Con una correlación de 0,560.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico dentro de las variables total violencia y total de la dimensión confusión mental, de la escala de depresión posparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje violencia también existe un incremento en el puntaje de la confusión mental. Esto quiere decir que hay una tendencia a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor violencia es más probable que se presente ansiedad e inseguridad en el postparto. (ver grafico no.21)

Grafico 21. Relación entre la violencia de pareja y la confusión mental en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



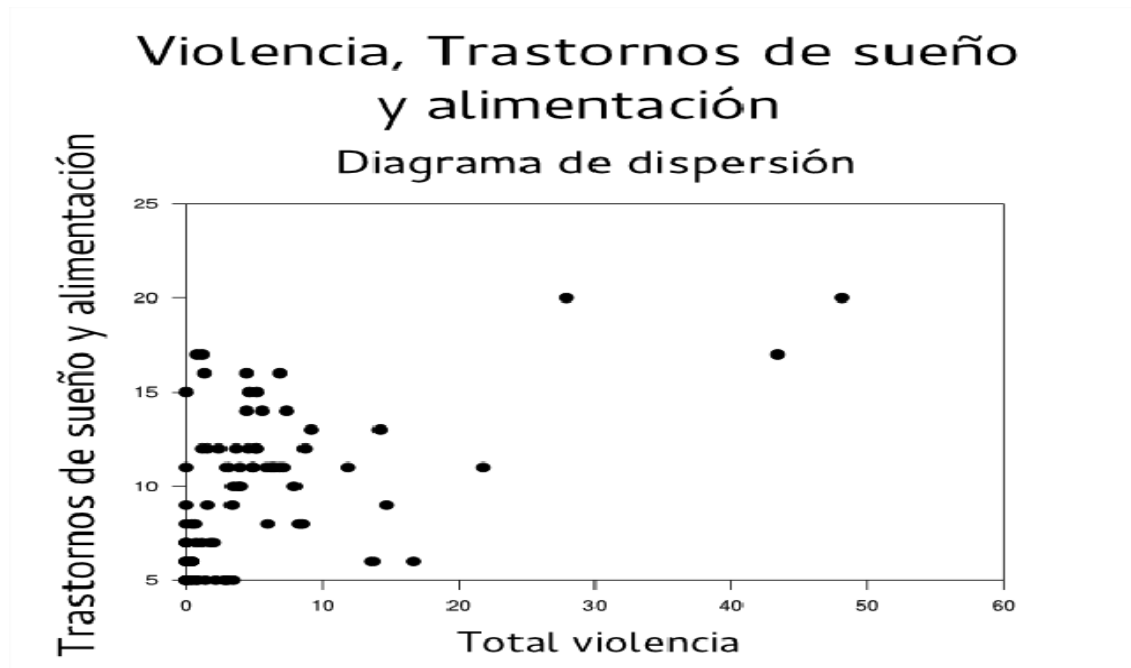
4.3.5.4 Relación entre la violencia de pareja y los trastornos del sueño y alimentación. Hipótesis planteadas:

H1: Existe una relación directamente proporcional entre la violencia y los trastornos del sueño y alimentación.

H0: No existe relación entre la violencia y los trastornos del y sueño alimentación. Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valorp es inferior a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y los trastornos del sueño alimentación. Con una correlación de 0,538.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por las variables total violencia y total trastornos del sueño y la alimentación, de la escala de depresión posparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de violencia también existe un incremento en el puntaje en los trastornos del sueño y la alimentación. Esto quiere decir que hay una tendencia a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor violencia hay más propensión a presentar trastornos del sueño y la alimentación en el postparto. (ver grafico no.22)

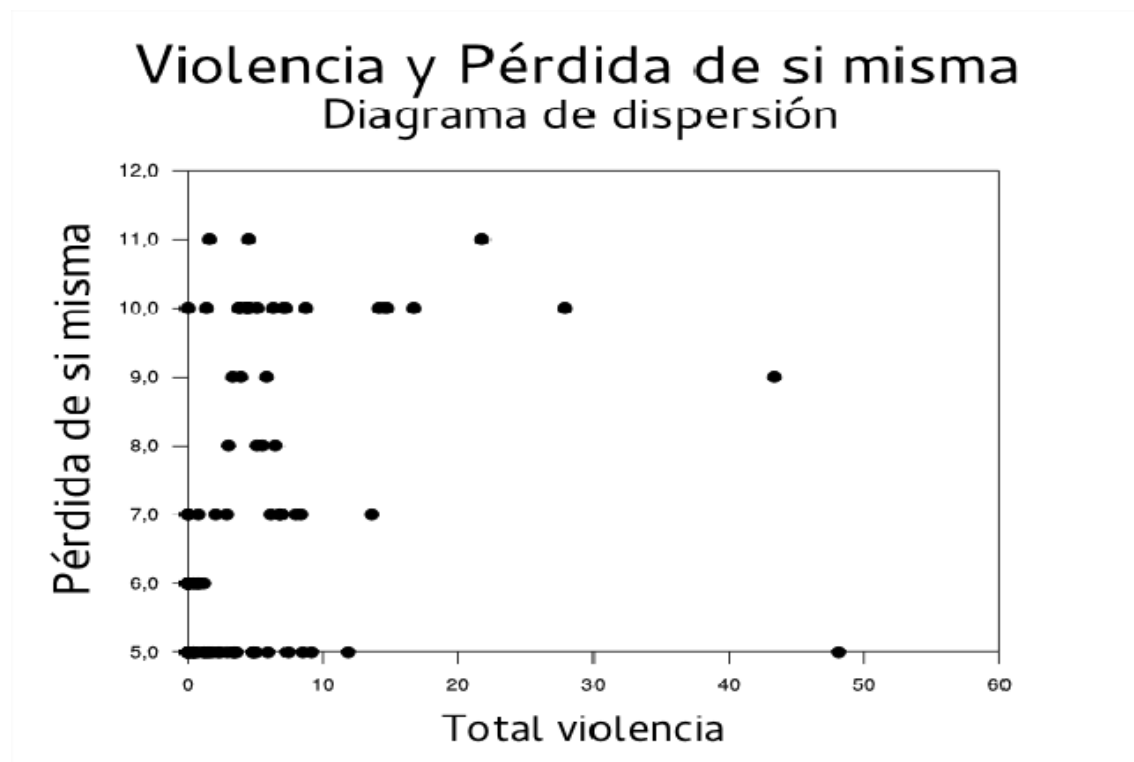
Grafico 22. Relación entre la violencia de pareja y los trastornos del sueño y alimentación en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



valor p es inferior al nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la pérdida de sí misma. Con una correlación de 0,353.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por las variables total violencia y total de la dimensión pérdida de sí misma de la escala de depresión postparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de violencia, también hay un incremento en el puntaje en la dimensión pérdida de sí misma. Esto quiere decir que hay una propensión a aumentar el comportamiento de las variables. A mayor violencia de pareja tiende más a presentarse la pérdida de sí misma en el posparto. (Ver grafico no.23)

Grafico 23. Relación entre la violencia de pareja y la pérdida de sí misma en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81)



$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,353 \quad \text{valor-p} = 0.000$$

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.5.6 Relación entre la violencia de pareja y la culpa / la vergüenza.

Hipótesis planteadas.

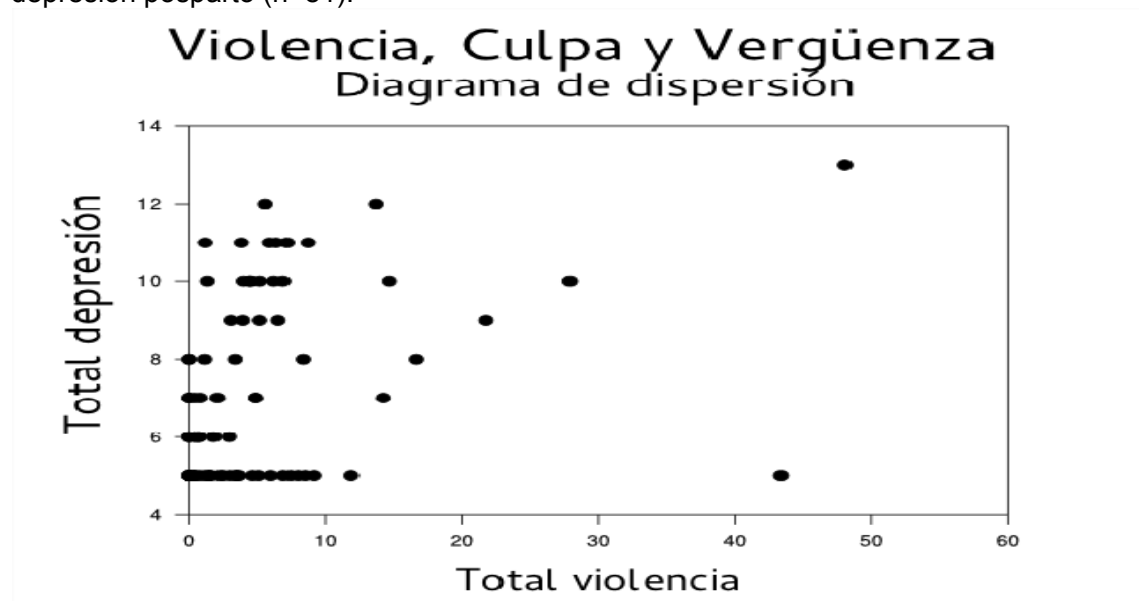
H1: Existe una relación entre la violencia y la culpa / vergüenza.

Ho: No existe relación entre la violencia y la culpa y vergüenza.

Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p esta cercano a uno con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que existe una relación directamente proporcional entre la violencia y la culpa y vergüenza. Con una correlación de 0,345.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por las variables total violencia y total de la dimensión culpa y vergüenza de la escala de depresión postparto. Podemos observar que existe una correlación entre las variables, en donde a mayor puntaje de violencia, también existe un incremento en el puntaje en la dimensión culpa y vergüenza, esto quiere decir que hay una tendencia a aumentar el comportamiento de las variables de estudio. A mayor violencia de pareja hay más probabilidad a presentar culpa y vergüenza en el postparto.(ver grafico no.24)

Grafico 24. Relación entre la violencia de pareja y la culpa / la vergüenza en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,345 \quad \text{valor-p} = 0.000$$

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

4.3.5.7 Relación entre la violencia de pareja y las ideas suicidas. Hipótesis planteadas.

H1: Existe una relación entre la violencia y las ideas suicidas hipótesis planteadas:

Ho: No existe relación entre la violencia y las ideas suicidas

Se realizó un estudio estadístico de prueba utilizando en coeficiente de correlación de Spearman. Como el valor p esta cercano a cero con un nivel de significancia del $\alpha 0,01$, se acepta la hipótesis nula, y se concluye que no existe una relación directamente proporcional entre la violencia y las ideas suicidas. Con una correlación de 0,139.

Cada uno de los puntajes obtenidos por las participantes es representado dentro del gráfico por las variables total violencia y total de la dimensión ideas suicidas, de la escala de depresión postparto. Estadísticamente podemos observar que existe una correlación muy débil entre las variables, sin embargo para esta investigación, estos hallazgos por mínimos que sean nos permiten identificar tempranamente factores de riesgo en las participantes.(vergrafico no. 25)

Grafico 25. Relación entre la violencia de pareja y las ideas suicidas en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparto (n=81).



$$R = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n(n^2-1)} = 0,139 \quad \text{valor-p} = 0.000$$

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

Como podemos observar, se puede ver según la significancia que todas son altamente significativas con el total de depresión, es decir cada subescala tiene relación con el total de depresión.

Tabla 10. Coeficiente de spearman y Significancia de cada una de las dimensiones de la escala de depresión en la investigación relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión posparton= (81).

Dimensiones depresión posparto	Coeficiente de correlación Spearman	significancia
Ansiedad/Inseguridad	,809	,000
Sueño/ alimentación	,769	,000
Labilidad Emocional	,760	,000
Confusión mental	,748	,000
Culpa/ vergüenza	,591	,000
Pérdida de sí misma	,534	,000
Ideas Suicidas	,330	,001

Fuente: Ramírez, Edna. Registros obtenidos de la base de datos del estudio. En una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. 2011

5. Discusión

Con respecto a los hallazgos de las cifras de casos de violencia de pareja en este estudio que corresponden a 54% de las participantes, se encuentran diferencias marcadas con otros países. Comparativamente se encuentran cifras similares a las reportadas en estudios realizados en Perú 51%, Chile 50%, Bolivia 67%⁴¹³, España 66%, pero superiores a las encontradas en Argentina 44%, Estados Unidos 23%, Londres 23%. Dentro del rango reportado a nivel mundial entre 10% y 70%.⁴¹⁴Y sin distinción entre mujeres de raza blanca o negra como lo refiere Costa y cols.⁴¹⁵y donde prevalece el abuso no físico.

Como se observa, el embarazo no constituyó un factor que protegiera, a la mujer de la violencia de pareja, por el contrario aumenta la tensión de la misma, los datos presentados en esta investigación confirman lo descrito en las investigaciones relacionadas en estudios de violencia en el embarazo. La OPS⁴¹⁶, Paredes Solís y cols.⁴¹⁷Cuevas y cols.⁴¹⁸,Pérez y Cols.⁴¹⁹

En la investigación, los resultados obtenidos en la subescala de abuso físico difieren porcentualmente (17%) de la subescala de abuso no físico (54%) lo que indica que las participantes del estudio aunque presentaron exposición a los dos tipos de violencia, el abuso no físico prevaleció en más de la mitad de las mujeres. Comparativamente con estudios que midieron violencia física y psicológica de manera independiente se encontraron resultados similares, en los porcentajes de violencia psicológica en mayor

414 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Actualización, Septiembre 2011.

415 COSTA, Nazaré, et al. Comparación entre mujeres negras y blancas víctimas de violencia de pareja en el nordeste de Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*. Universidad Nacional de Colombia. 2009 Vol. 18, no. 2. p. 24.

416 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La violencia doméstica durante el embarazo*. Op. cit., p. 1-2.

417 PAREDES, Sergio, et al. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepe - Guerrero. *En: Salud pública de México*. Septiembre – Octubre. 2005, vol. 47, no. 5, p. 335-341.

418 CUEVAS, Sofía et al. Op. cit., p. 243.

419 PÉREZ RODRIGUEZ, María del Rosario. et al. Op. cit., p. 268.

proporción y física en menor proporción durante el embarazo. Núñez Rivas y cols.⁴²⁰; Blitchtein y Reyes⁴²¹; Paredes Solís y Cols.⁴²²

Sin embargo estas cifras varían en el estudio de ku Carbonell,⁴²³ Morales y cols.⁴²⁴ y Muhajarine y D. Arcy,⁴²⁵ en los que predomina en mayor proporción el abuso físico.

Para Beydoun, Hind A, et al.⁴²⁶, la violencia de pareja se encontró significativamente relacionada con la depresión postparto y las probabilidades de depresión postparto fueron 60% mayor en las mujeres que habían sufrido violencia física o sexual por su pareja.

El presente estudio no encontró mujeres con depresión en el posparto, sin embargo, 32% de las participantes presentó síntomas de depresión. Las dimensiones más afectadas en las participantes de la investigación son labilidad emocional y ansiedad e inseguridad, características similares encontradas por Vargas Mendoza y García Jarquín, donde la depresión postparto se caracteriza por sentimientos de tristeza de la nueva mamá, inestabilidad emocional extrema, lloriqueo, irritabilidad y fatiga.⁴²⁷

Con relación a la depresión en el posparto se encontró 33% con síntomas depresivos, los cuales al hacer la revisión conceptual se encontraban clasificados dentro de la tristeza posparto o blues, en los estudios revisados García del campo⁴²⁸, Gómez Ayala,⁴²⁹ Acuña,⁴³⁰ Beck,⁴³¹ Bar,⁴³⁴ Orejanera Serrano⁴³⁵

420 NÚÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington D.C. Agosto, 2003, vol.14, no.2 .p.75-83

421 BLITCHTEIN-WINICKI, Dora y REYES-SOLARI, Esperanza. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú 2004-2007. En: Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Lima. Enero-Marzo. 2012. vol.29, no.1, p.35-43.

422 PAREDES SOLIS, Sergio, et. al. La Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud pública de México. Septiembre – octubre 2005. Vol.47, no.5, p.335-341.

423 KU CARBONELL, Susana. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora. Perú. Marzo, 2009, vol. 5, no. 1. p.29-44.

424 MORALES, Mónica, et al. Op. cit., p.277.

425 MUHAJARINE, Nazeemy D. ARCY, Carl. Ibid., p.1009.

426 BEYDOUN, Hind A, et al. Op.cit., p.580-581.

427 VARGAS MENDOZA, Jaime Ernesto y GARCÍA JARQUIN, Magdalena. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico.

428 GARCIA DEL CAMPO, Laura. Op.cit., p.1-3.

429 GOMEZ AYALA, Adela Emilia. Op. cit., p.3.

430 ACUÑA, Mario. Actualización Depresión Posparto. Op.cit., p.1-4.

431 BECK, Cheryl Tatano. et al. State of the Science on Postpartum depression. Op.cit., p. 152-154.

432 BECK, Cheryl Tatano. Maternal Depression and Child behaviors problems; a meta analysis. En: Journal Advanced Nursing. 1999, vol. 29, no 3, p.9.

433 BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 1. Op.cit., p. 1-6.

Dentro de la validación del cuestionario de depresión posparto, en Chile, se encontraron síntomas significativos de depresión posparto 46,4% en las participantes,⁴³⁶ cifras similares a las halladas en la presente investigación, donde también se encuentra en más alto porcentaje de adaptación normal en el puerperio en el grupo de mujeres.

Con relación a cuales dimensiones se encuentran más afectadas en las participantes de la investigación, en su orden se encontró la labilidad emocional, y la ansiedad e inseguridad, seguidas por la confusión mental, los trastornos del sueño – alimentación, las dimensiones menos afectadas son la pérdida de sí misma, los sentimientos de culpa y vergüenza, y las ideas suicidas.

No obstante estos hallazgos difieren totalmente de los hallados en Chile, donde la pérdida de sí misma y las ideas suicidas fueron las más señaladas.⁴³⁷ Es importante tener en cuenta que la labilidad emocional en las participantes al diligenciar el instrumento de depresión la señalan como cambios en el humor, llanto, e irritabilidad; características similares a las encontradas por Maldonado Durán y Lartigue.⁴³⁸

Otras hallazgos de la investigación relacionados con las dimensiones de la escala de depresión, son la ansiedad e inseguridad con sentimientos de soledad y preocupación; confusión mental como la dificultad para la concentración y la toma de decisiones; los trastornos del sueño y alimentación, asociados a la dificultad para poder dormir en la noche; la pérdida de sí misma con el temor a no ser como antes; los sentimientos de culpa y vergüenza, sentirse un fracaso como madre. En ideas suicidas la participante llegó a pensar que estaría mejor muerta. Todas estas manifestaciones se encuentran clasificadas como síntomas en los estudios revisados como sintomatología.

Siempre deben considerarse de manera individual, los puntajes altos en cada una de las dimensiones ya que pueden estar indicando una alteración en alguna de las dimensiones. Según Beck y Gable⁴³⁹ la mujer debe ser evaluada inmediatamente por un profesional de salud mental ante cualquier manifestación.

Además se logró determinar la correlación existente entre la violencia de pareja y la depresión posparto, con un coeficiente de correlación de las dos escalas de 0,73, se estableció además, el coeficiente de correlación de 0,650 para abuso no físico, 0,549 para abuso físico, estadísticamente significativas para depresión posparto. Lo que quiere decir

434 BAR, Jennifer Anne. Postpartum Depression delayed maternal adaptation and mechanical infant caring: a phenomenological hermeneutic Study. *En*: International Journal of Nursing Studies. no. 45, p.362-369.

435 OREJANERA SERRANO. Silvia. Trastornos afectivos posparto. Op. cit., p. 134-135.

436 QUELOPANA, Ana María y CHAMPION, Jane Dimmitt. Validación del cuestionario Postpartum Depression Screening Scale Versión en español en mujeres de Arica, Chile. *En*: Ciencia y Enfermería. 2010, vol. 15, no. 1, p.37-47.

437 QUELOPANA, Ana María y CHAMPION, Jane Dimmitt. Ibid., p.45.

438 MALDONADO DURAN, J. Martín y LARTIGUE, Teresa. Op. cit. p. 160.

439 BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish versión, Op. cit. p. 296-305.

que los fenómenos violencia de pareja y depresión posparto, guardan estrecha relación entre sí, a pesar de que no se hayan encontrado pacientes con depresión posparto.

Esta investigación ratifica los estudios de Urquía Marcelo, et al.⁴⁴⁰ donde la mayoría de las dimensiones de la violencia se asocian con la depresión posparto, particularmente, la combinación de amenazas y violencia física antes, durante y después del embarazo. Un estudio realizado en el Perú también ratifica esta información, donde las mujeres en postparto que experimentaron violencia de pareja durante el embarazo tenían niveles más altos de depresión.⁴⁴¹ La exposición a violencia de pareja es un predictor fuerte e independiente de depresión posparto entre las mujeres latinas según Valentine Jeannette, et al.⁴⁴²

Para las participantes en especial el abuso no físico, produce la aparición de sintomatología depresiva. Corroborar esta información el estudio de Romito, Patrizia, et al.⁴⁴³, donde se relaciona la violencia física, y el abuso verbal con la angustia psicológica materna en el postparto, el estudio realizado por Zhang, Yong, et al.⁴⁴⁴, en China, donde la forma más común de maltrato fue el abuso psicológico durante el embarazo, el cual se relacionó con depresión en el postparto. Y la investigación de Ludemir, Ana et al.⁴⁴⁵, donde la violencia psicológica durante el embarazo por parte de su pareja está fuertemente asociada a depresión en el postparto, independientemente de la violencia física o sexual. Así como la investigación de Melo, Elias et al.⁴⁴⁶, en la que se encontró que uno de los factores para la aparición de depresión en el postparto fue la violencia psicológica. Ratificando además los resultados obtenidos por Leung y cols.⁴⁴⁷, y Escobar y cols.⁴⁴⁸, quienes encontraron relación entre la violencia psicológica y la aparición de

440 URQUIA, Marcelo L. et al. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2011. Vol 11, no 42, p.1-9.

441 GOMEZ BELOZ, Alfredo, et al. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima – Perú. *Violence and victims*. 2009, vol.24, no.3, p.380-394.

442 VALENTINE, Jeanette M, et al. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among latinas. *Archives women's mental health*. 2011. no.14, p.135-143.

443 ROMITO, Patrizia et al. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *An international journal of obstetrics and gynaecology*. Octubre. 2005. Vol.107, p.1202-1209.

444 ZHANG, Y; ZOU, S y CAO, Y. Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. *En: International Journal Gynecology Obstetrics*. January. 2011, vol. 116, no.1. p. 26-30.

445 LUDEMIR, Ana Bernarda, et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. September. 2010, no.376, p.903-910.

446 MELO, Elias et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *of affective disorders*. Febrero. 2012. Vol. 136, no.3, p.1204-1208.

447 LEUNG, W C. Domestic Violence and postnatal depression in a Chinese community. *En: International Journal Gynecology Obstetrics*. November. 2002, vol 79, no. 2, p. 159-166.

448 ESCOBAR, Juan, et al. Op. cit., p. 116 -117.

depresión posparto. Toda esta información guarda similitud con los datos obtenidos en el grupo de mujeres objeto de esta investigación.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Esta investigación permitió conocer y explicar por medio de los datos, la relación existente entre la violencia de pareja y depresión posparto en un grupo de puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.

Lo primero que debe tenerse en cuenta es la complejidad y multicausalidad de los fenómenos objetos de investigación, con el fin de dar un abordaje completo e integral por medio del análisis de los aspectos sociodemográficos. Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación se encontraron factores que a la luz de la revisión bibliográfica, favorecen o agravan la violencia de pareja y factores que deben tenerse en cuenta los cuales pueden contribuir a mejorar la situación de la mujer.

La detección temprana de depresión posparto fue uno de los aportes de esta investigación ya que en las primeras semanas posparto se logró identificar situaciones que afectan a la mujer y ameritan remisión de estos casos para la atención por la especialidad correspondiente.

Permite la búsqueda de alternativas de identificación que muchas veces quedan en el ámbito del hogar y que no son detectadas por los profesionales de salud, como lo es la violencia de pareja, un tema del cual todos hablan, es denunciado diariamente, llegan a las instituciones de salud y del cual el personal de salud se mantiene al margen.

Los hallazgos del presente estudio nos indican que 54% de las participantes de la investigación de una EPS prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., fueron maltratadas por su pareja durante el último año.

De las respuestas obtenidas con la aplicación del Índice of spouse abuse, se logró establecer los porcentajes de respuesta para la frecuencia del maltrato en la opción “nunca” 60-96% y sobre todo en preguntas con alto valor ponderal, tales como, mi pareja me hace realizar actos sexuales, que no me gustan, o con los cuales no disfruto, mi pareja me da puñetazos, mi pareja me amenaza con un objeto o arma, por ejemplo un cuchillo, y por el contrario la opción muy frecuentemente fue seleccionada de manera escasa por las participantes a preguntas de este tipo.

Existe predominio de respuestas con una alta puntuación de preguntas relacionadas con violencia no física (violencia psicológica y patrimonial).

Gracias a los valores ponderales de las respuestas del índice spouse abuse, y las respuestas de las participantes se pudo establecer la gravedad del maltrato. Clasificándolas no solo como maltratadas y no maltratadas, también se logró identificar si la violencia de pareja fue no física o violencia física.

La frecuencia con que se presentó abuso físico, dentro de las participantes de la investigación corresponde a 17% frente a 54 % que presentaron abuso no físico, la literatura mundial refiere que el abuso no físico es el primero en instaurarse y posteriormente se establece el abuso físico. Además se instituyen inicialmente situaciones de celos y control por parte de la pareja hasta llegar a la agresión física.

En este estudio se estableció que las participantes de la investigación, presentaban una adaptación normal al posparto, síntomas depresivos o depresión, se logró establecer que 67% de las mujeres presentaba una adaptación normal en el posparto, sin embargo 33% de las participantes presentaba síntomas depresivos, cifra elevada, si se tiene en cuenta que la detección ocurrió después de la semana 2 a 4 posparto.

Las dimensiones más afectadas en las participantes de la investigación corresponden a labilidad emocional 32%, ansiedad e inseguridad 24%, confusión mental 17%, sueño/alimentación 11%, pérdida de sí misma 9%, culpa/vergüenza 6 %, si se tiene en cuenta la correlación interna que guardan cada una de las dimensiones de la escala, en el total depresión posparto, se puede decir que la puntuación obtenida en cada una de las respuestas dadas por la mujer en las dimensiones contribuyen en conjunto a identificar sintomatología posparto.

Los autores del instrumento recomiendan prestar especial atención a los puntajes altos en cada una de las dimensiones, ya que pueden requerir intervención inmediata, en disturbios del sueño y la alimentación.

Se estableció el coeficiente de correlación entre las dos escalas de (violencia de pareja y la depresión posparto), encontrando niveles de correlación entre las dos escalas de 0,738, quiere decir que la violencia de pareja guarda relación con la aparición de depresión en el posparto.

Se tomó además cada una de las subescalas de violencia de pareja, con el fin de establecer la correlación existente entre esta y la depresión posparto. Se estableció un coeficiente de correlación entre abuso no físico y la depresión posparto de 0,650 y un coeficiente de correlación de abuso físico y depresión posparto de 0.549, lo que nos indica para esta investigación que existe más relación entre la violencia de pareja y depresión posparto en las participantes que experimentaron abuso no físico.

Además la violencia de pareja en este estudio guarda relación con cada una de las dimensiones de la depresión posparto, a excepción de la dimensión ideas suicidas, con coeficientes de correlación entre 0,683 (labilidad emocional) a 0,345 (culpa y vergüenza).

Conclusiones y Recomendaciones

El índice de abuso de pareja, permitió identificar situaciones de violencia de pareja cometida por hombres que ya no convivían con sus parejas al momento de realizar la investigación, lo que confirma que la violencia puede ser causada por las ex parejas de las mujeres y debe tenerse en cuenta en el momento de abordar investigaciones de esta índole.

Se encuentra para esta investigación que el abuso no físico (emocional, psicológico y económico) prevalece por encima del abuso físico.

No se encontró para esta investigación, mujeres con puntuación positiva para depresión posparto, sin embargo se encuentra un grupo significativo, con sintomatología depresiva, siendo la labilidad emocional y la ansiedad e inseguridad, las dimensiones más afectadas en las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Dentro de la multicausalidad de la violencia de pareja reportada en diversos estudios internacionales se encontró similitud con factores como el bajo nivel educativo y el poco apoyo recibido por la pareja, para esta investigación.

Entre los factores que pueden favorecer la violencia de pareja encontrados en esta investigación tenemos: la unión libre, la ocupación, el deseo o no del embarazo, la edad y el no contar con una red de apoyo. Los factores que pueden servir de ayuda a la mujer: la afiliación a la seguridad social en salud, el apoyo social, el autocuidado, el matrimonio, y la escolaridad.

Teniendo en cuenta las correlaciones establecidas y analizándolas a la luz de la teoría de la depresión postparto de Cheryl Tatano Beck, se deben tener en cuenta los predictores o factores de riesgo para aparición de depresión en el postparto, en especial aquellos que guardan relación con la relación de pareja como en el caso de la satisfacción marital, ya que nos permite evaluar si la mujer se encuentra feliz, conforme, satisfecha, con situaciones de su cotidianidad en pareja como la comunicación, el afecto recibido, el apoyo, la equidad para la toma de decisiones, las actividades compartidas y si la mujer encuentra conformidad con su situación marital actual. El Index of spouse abuse es un instrumento que permite detectar esa satisfacción de la participante, por la forma como están enunciadas las preguntas, se puede valorar la inconformidad frente a aspectos cotidianos de la relación con su pareja.

6.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación se recomienda lo siguiente:

Implicaciones para la investigación: Podemos considerar este estudio como el primero en abordar estas dos temáticas en población Colombiana: la violencia de pareja y la depresión postparto, logrando engranar estos dos fenómenos que es necesarios investigar por enfermería y que permitirán un avance en el conocimiento de estas problemática y el primer paso en la continuidad de este tipo de investigaciones.

Uso de la teoría para mejorar la practica desde la investigación.

No era objetivo del estudio establecer correlaciones de los fenómenos de estudio con las variables sociodemográficas, existen en nuestro contexto pocos estudios que tenían este propósito, por lo tanto se recomienda realizar estudios comparativos en los que se incluya población de mujeres adolescentes, otras paridades, diferentes grupos étnicos.

Se debe continuar con la valoración de los factores de riesgo de violencia de pareja desde diferentes aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales para población Colombiana.

Implicaciones para la práctica y desarrollo profesional:

El desarrollo de este estudio permitió detectar y describir la violencia en la pareja en un grupo de púerperas de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., lo que permitirá al profesional de enfermería ampliar sus conocimientos y visión acerca de estas temáticas, el conocimiento de la teoría de depresión postparto desarrollada por Sheryl Tatano Beck y los instrumentos de detección tanto de violencia de pareja, como de depresión postparto. La teoría de Cheryl Tatano Beck abre una puerta dentro de enfermería con el fin de comprender los cambios que presenta la mujer en lo referente a su salud mental, ayudando no solo a identificar si la mujer está presentando una adaptación normal en el postparto, también a la identificación de síntomas y características que presenta la mujer con depresión posparto, contribuyendo en la identificación de las usuarias en nuestros servicios dándole la oportunidad de recibir ayuda, consejería mediante el establecimiento y el acceso de un tratamiento, terapéutico por parte de Psiquiatría. Empoderarnos como profesionales en la detección de la problemática de violencia, y la depresión postparto, además de potenciar las capacidades con las que contamos, reconociendo en las mujeres que diariamente consultan en nuestros servicios aquellas situaciones que pueden estar afectándolas, y con esto participando activamente en su cuidado

Es importante tener en cuenta que las participantes de esta investigación tienen afiliación al sistema general de seguridad social en salud, lo que nos indica que la mayoría de las usuarias tienen acceso a servicios de salud, resulta una oportunidad invaluable para enfermería desde los diferentes servicios, participar de forma activa en la prevención y detección tanto de la violencia de pareja como de la depresión posparto.

Conclusiones y Recomendaciones

Las mujeres durante la gestación tienen necesidades específicas de atención, por lo tanto, es necesario el abordaje interdisciplinario para la atención a tiempo de situaciones que pongan en riesgo la salud física y mental.

La investigadora recomienda primero la capacitación al personal para el abordaje de estas temáticas, el conocimiento de las consideraciones éticas para el manejo de la violencia de pareja, la utilización de instrumentos que permitan la identificación rápida y adecuada de los casos, la formulación de intervenciones y continuación de la investigación sobre el tema, con abordaje desde enfermería, aprovechando el contacto con las mujeres durante el control prenatal, el curso de preparación para la maternidad, el nacimiento y el posparto, escenarios donde se pueden detectar los casos de violencia, contribuir a romper el silencio de las usuarias, fomentar la denuncia oportuna y reducir las complicaciones de las usuarias y sus hijos, a la vez que se contribuye a la notificación, evitando el subregistro de los casos.

Es necesario aplicar estos instrumentos de manera permanente en los servicios para detectar y remitir en los casos que la situación lo amerite, y por otro lado realizar seguimiento de las mujeres que muestren puntuaciones altas en las dimensiones de la escala de depresión posparto, con el propósito de profundizar en el estudio de estas problemáticas y comparar el comportamiento de estos fenómenos.

La investigadora está en la obligación ética de ayudar a garantizar que los resultados de este trabajo, se interpreten adecuadamente y sean el punto de partida para continuar con la exploración de estas temáticas.

Se hace necesario retroalimentar a la institución donde se desarrolló la investigación de los resultados de la misma.

Debido a las dificultades de acceso para la utilización del instrumento de depresión posparto se sugiere la utilización de los predictores de depresión posparto de Sheryl Tatano Beck, en los servicios ya que permite la identificación de los factores que pueden afectar a la mujer durante la gestación y que pueden producir depresión en el posparto, este no requiere licencia de uso, sin embargo no tiene estudios de validez y confiabilidad.

La utilización del instrumento Index of spouse abuse permitió la medición del fenómeno, violencia de pareja de forma concreta, identificando el tipo de maltrato. Cada uno de los ítems del instrumento Index of spouse abuse midió la violencia por medio de situaciones cotidianas, establecidas en la relación de pareja, lo que constituye una herramienta de gran valor ya que permite a la enfermera identificar el tipo y frecuencia de la violencia de pareja, además es claro, fácil de diligenciar, y tiene la ventaja de contar con la medición de dos dimensiones: abuso físico y no físico, de forma individual para establecer un diagnóstico más concreto. Además constituye una herramienta útil para planear las intervenciones que sean necesarias. Por lo tanto se recomienda su utilización en los

servicios de urgencias, obstetricia, control, prenatal, y consulta posparto. Además este instrumento es de amplia cobertura, ya que mide como fue la relación de pareja hasta un año antes.

7. Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos, sin embargo, se espera que permitan una mejor comprensión y aproximación de los fenómenos violencia de pareja y depresión postparto en las mujeres de nuestro país.

Durante el proceso para la realización de esta investigación se presentó solicitud a cinco instituciones de salud incluido el lugar donde labora la investigadora, sin obtener respuesta positiva para el permiso, ya que el principal motivo referido era el carácter no lucrativo para las instituciones, lo que implicó pérdida de tiempo valioso y retrasos en la realización de esta investigación. Y en la institución en la que finalmente se dio la opción los trámites necesarios para la obtención del permiso institucional fueron dispendiosos y requirieron cerca de un año para expedir el aval del comité de ética de la institución, realizar un curso de buenas prácticas clínicas y otros requerimientos para obtener dicho permiso.

En la fase inicial de la investigación se estableció contacto con la doctora Sheryl Tatano Beck para la obtención del permiso de uso de los instrumentos, ella manifestó su interés y complacencia por la realización de la investigación, sin embargo los derechos de autor de la escala de depresión fueron cedidos a la Western Psychological Services, los cuales se encargan de los trámites y la adquisición del instrumento. Por ser esta una institución de carácter privado, se hizo necesaria la solicitud y envío de solicitud de licencia de uso a los Ángeles, California, EEUU, para aprobación de la utilización de los instrumentos, y el pago de cada uno de los instrumentos para la realización de esta institución, acatando y respetando las normas de derechos de autor, y con el compromiso de enviar a cambio el material que incluya el instrumento de depresión postparto.

Esta investigación fue financiada con recursos propios de la investigadora, para la compra del material, el pago de impuestos y todos los gastos derivados de la misma. Por esta razón no es viable realizar una investigación utilizando el instrumento de depresión postparto, el cual aunque constituye un aporte importante Doctora Beck para la salud materna y perinatal y para la enfermería no es factible su utilización en instituciones o en grupos poblacionales grandes, debido a sus elevados costos, los trámites que deben realizarse, con una limitación adicional que lo constituye el idioma, y los tiempos de demora en los despachos.

Resulta frustrante, el deseo de investigar opacado por las escasas oportunidades en el ámbito institucional que permitan acercarnos a los potenciales sujetos de investigación y por entes financiadores que faciliten a los investigadores el proceso investigativo.

A.Anexo: index of Spouse Abuse (Cuestionario de evaluación de abuso doméstico (versión en español)).

Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año, y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo tanto no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas detenidamente, marcando con una X la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco, igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

ITEM	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	MUY FRECUENTE MENTE
1. Mi pareja me hace sentir inferior (por ejemplo me dice que no valgo nada o que no hago nada bien)	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone irritable cuando le digo que está bebiendo demasiado	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales, que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la comida no estén hechas para cuando él piensa que debería estarlo.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (vecinos compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
7. mi pareja me da puñetazos	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva	1	2	3	4	5

9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mi misma sin él.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo)	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los gastos de la casa.	1	2	3	4	5
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja que gasto demasiado (por ejemplo ropa, teléfono).	1	2	3	4	5
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta etc.)	1	2	3	4	5
17. Mi pareja exige que me quede en casa al cuidado de los niños	1	2	3	4	5
18. Mi pareja me pega tan fuertemente que debo buscar asistencia médica	1	2	3	4	5
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar	1	2	3	4	5
20. Mi pareja no es una persona amable	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas o compañeras/ os de trabajo)	1	2	3	4	4
22. Mi pareja me exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no	1	2	3	4	5

23. Mi pareja me grita por cualquier motivo	1	2	3	4	5
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza	1	2	3	4	5
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe	1	2	3	4	5
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente	1	2	3	4	5
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones	1	2	3	4	5
28. Mi pareja me asusta y me da miedo	1	2	3	4	5
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota	1	2	3	4	5
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme	1	2	3	4	5

Ítems que valoran abuso físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30

Ítems que valoran Abuso no físico: 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29

B.Anexo: Post partum de pression screening scale (Escala Sistemática de depresión posparto versión en español).

No se publica el instrumento postpartum depression screening scale por respeto a los derechos de autor de la Western Psychological Services, relacionados con su utilización y divulgación.

Disponible en:

http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,53086&_dad=portal&_schema=PORTAL Western Psychological Services 625 Alaska, Torrance, CA 90503-5124 teléfono (800) 6488857 – fax (424)2016950.

C.Anexo: Datos Sociodemográficos.

Variable	Tipo	Definición	Escala
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	Continua <ul style="list-style-type: none"> ▪ 13 a 19 años ▪ 20 a 25 años ▪ 26 a 30 años ▪ a 35 años ▪ 36 a 40 años
Estado civil	Cualitativa	Estatus marital	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Separada • Unión libre • Otro
Tiempo de convivencia	Cualitativa	Tiempo que lleva de compartir con la pareja	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ▪ De 1 a 6 meses ▪ De 6 a 12 meses ▪ Mayor de 12 meses ▪ No conviven
Escolaridad	Cualitativa	Nivel de instrucción terminado	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico • Universitaria
Ocupación.	Cualitativa	Actividad que realiza al momento de la entrevista	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleada formal • Empleada no formal • Trabajadora independiente • Estudiante • Sin ocupación
Régimen de Afiliación al sistema de seguridad social en salud	Cualitativa	Tipo de afiliación	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subsidiado ▪ Contributivo ▪ Particular ▪ Vinculado
Antecedentes Obstétricos	Cualitativa	Paridad de la paciente	Nominal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestaciones ▪ Partos ▪ Abortos ▪ Cesáreas. ▪ Vivos
Consumo de medicamentos durante el embarazo	Dicotómica	La participante manifiesta si consumió o no medicamentos durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No (En caso afirmativo ¿Cuáles?)
Recibió Apoyo Durante el Último año.	Dicotómica	La participante manifiesta si recibió apoyo (de cualquier tipo)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Embarazo deseado/planeado	Dicotómica	La participante manifiesta si su embarazo fue deseado o planeado.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • no

D.Anexo: Información para la participante de la investigación y formato de consentimiento.

Respetada señora:

Mi nombre es Edna Janneth Ramírez Bonilla, soy enfermera, estudiante del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional, y la estoy invitando a participar en la investigación que vengo llevando a cabo denominada: "La Violencia Doméstica contra la mujer: Un factor de riesgo en la aparición de depresión posparto", que pretende hallar la relación entre estos dos eventos, para ello es necesario la aplicación de dos instrumentos otro denominado Escala Sistemática de Depresión Posparto y uno llamado Cuestionario de Evaluación de Abuso Doméstico.

Para saber si existe relación entre la violencia doméstica contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto, es necesario contar con la participación de 270 gestantes, usted es una de ellas. Su participación es absolutamente libre y voluntaria, se puede retirar de este estudio en el momento que lo desee.

Si usted acepta participar, antes de diligenciar los cuestionarios es necesario que sepa que esto se va a realizar en dos oportunidades, el día de hoy y entre la segunda a cuarta semana después del nacimiento de su hijo, para eso es importante contar con sus datos claros en especial la dirección y el teléfono, ya que es la forma de ubicarla para una segunda entrevista.

Este estudio ofrece beneficios para la mujer durante el embarazo y el puerperio en la medida que contribuirá a mejorar la calidad de la atención en los servicios prenatales y de posparto de las instituciones de salud.

No existen riesgos para usted ni su hijo en la participación, porque no se realizarán intervenciones directas que afecten su salud y se respetará en todo momento la confidencialidad es decir sólo usted como participante estará enterada del proceso y los resultados del mismo.

Con respecto a la información consignada en los cuestionarios es absolutamente confidencial y será utilizada únicamente con los fines académicos pertinentes al presente estudio, razón por la cual se utilizará un código que reemplazará su nombre.

Para cualquier inquietud o dato que desee confirmar usted puede comunicarse con:

La profesora Myriam Patricia Pardo Torres en la Universidad Nacional Facultad de Enfermería oficina 708.
Teléfono 3165000 Extensión 17023

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO:

Nombre de la participante:

Firma de la participante

investigación de la Facultad de Enfermería de los aspectos éticos de la investigación.




UGI-060-2012
Bogotá D.C., 15 de marzo de 2012

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora:

Me permito informarle que el Consejo de Facultad en sesión del 8 de marzo de 2012 Acta 12, aprobó su solicitud de cambio de título del proyecto de Maestría en Enfermería LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER: UN FACTOR DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN EN EL POSPARTO, por RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER Y LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN EN EL POSPARTO de la estudiante Edna Janneth Ramírez Bonilla, directora profesora Myriam Patricia Pardo.

Atentamente,


SANDRA GUERRERO GAMBOA
Coordinadora Unidad de Gestión de Investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

145 años
Innovando

F. Anexo: Carta de Aval del comité de ética de investigación de la institución de tercer nivel de atención donde se realizó la investigación



Av. Cra. 68 N° 90-88
Sede Administrativa La Flore
PBX (57)1 646 8000
Fax (57)1 271 6916
www.cafam.com
Bogotá - Colombia

Comité Institucional de Ética de Investigación de CAFAM
Cra. 16 No 51-36 oficina 601
Teléfono 3105111 ext. 4275
Fax 2129302

Bogotá D.C., 21 de Septiembre de 2011

CIEI/2011-670

Doctora:

Edna Ramirez Bonilla

Estudiante programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia
Ciudad.


Ref. **Proyecto de investigación "La violencia Doméstica contra la Mujer: Un factor de riesgo en la aparición de la depresión posparto".**

Asunto: Sometimiento consentimiento informado.

Estimada Dra. Ramirez:

Se recibe y revisa consentimiento informado del proyecto de investigación "La violencia doméstica contra la mujer: Un factor de riesgo en la aparición de la depresión posparto", se aprueba este documento para ser aplicado a esta investigación. Así mismo se recibe, revisa y aceptan ajustes y aclaración al presupuesto.

Acta No.	185
Fecha de la reunión:	21 de Septiembre de 2011
Número de miembros presentes en la reunión.	6
Quórum.	
Listado de Miembros	<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Mirtha Sáenz, Medica de adolescentes. Presidente Comité • Dr. Juan Carlos Avellaneda, Abogado, Represente Secretaría General y Jurídica. • Dr. Bernardo Alviz Gonzalez, Medico General. Representante Suplente Cuerpo Medico. • Dra. Piedad Roderio, Medico General. Representante Cuerpo Medico. • Jefe Berenice Chon Enfermera Jefe. Representante Cuerpo de Enfermería. • Lic. Germán Celis, Comunicador Social, Fundación Universitaria Cafam.
Institución Aprobada	Caja de Compensación Familiar Cafam. Centro de Investigación Clínica Cafam


Dra. Mirtha Saenz Cortés
Presidente C.I.E.I.


Dr. Juan Carlos Avellaneda
Secretario C.I.E.I.

C.C: copia archivo del estudio.

DMB
27 Sep 11

G.Anexo: Carta de Autorización de la Western Psychological Services, para el uso del instrumento PostpartumdepressionScreeningScale (versión en español).

wps®

Western Psychological Services
A Division of Manson Western Corporation
625 Alaska Avenue
Torrance, CA 90503
www.wpspublish.com

Dear Scholarly Researcher:

Thank you for contacting Western Psychological Services for permission to reprint material from a copyrighted test instrument for inclusion within your research reports, articles, etc.

WPS policy in such matters is to not authorize reprinting of our tests, subtests, or scales in their entirety for the requested purpose. We can, as an alternative, readily provide authorization the reproduction of up to five representative sample items from the instrument upon receipt of your written request to that effect, including the specific item numbers desired for reprint.

If you need to pursue reprinting of the instrument in its entirety, please write again to WPS Rights and Permissions to provide for our additional consideration the reason you must reprint the items in their entirety, as distinct from selecting representative sample items. Our concern goes beyond the important consideration of copyright to our responsibility as a test publisher to protect the integrity of the instruments. While we regret any inconvenience our position may cause, we hope you appreciate our professional and ethical considerations in this regard.

Your interest in our material is appreciated, as is your consideration for its copyright. Please contact me if you have any questions.

Sincerely yours,

Susan Dunn Weinberg
WPS Rights and Permissions Manager
e-mail: weinberg@wpspublish.com

SDW:se

**Memorandum of Discount Authorization
from Western Psychological Services**

RESEARCH DISCOUNT

20% off cost of other test components, including kits

Product Codes W-380, W-380A, W-380B, W-380S

for the

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

Expires: December 31, 2013

DATE: July 13, 2012

TO: Edna J. Ramirez Bonilla
Graduate Nursing Student
Universidad Nacional de Colombia
Street 44 Number 45-67 Unit Camilo Torres Block B2 Nursing Bldg. 101 Office 403
Bogota, Colombia

REF.: Your fax of 29Jun'12, supported by Dr. Myriam Torres's letter of support on 29Jun'12

STUDY: Graduate scholarly study - Examining the relationship between spousal abuse and the occurrence of postpartum depression.

CONDITIONS

- (1) The discount is to be applied against the current, single-unit catalog price for any indicated product number.
- (2) The discount has been applied to the above-referenced order, and may be applied against your future research orders effective immediately, until discount authorization expires as indicated above. A copy of this memorandum of discount authorization must accompany your orders (if placing a credit card order by phone, please be ready to refer to the date of this memorandum). As of this writing, the discount cannot be applied against orders placed on-line at www.wpspublish.com.
- (3) No reproduction, adaptation or translation of the materials may be made in any format, for any purpose, without our prior written permission.
- (4) All materials must be used ethically and for the purposes and in the manner for which they were intended.
- (5) In exchange for receiving our Research Discount, you agree to provide WPS with one copy of all articles (including theses, dissertations, research reports, convention papers, journal submissions, etc.) that use data from our instrument(s) as collected in the above-described research. Please mark the articles to the attention of WPS Rights and Permissions. WPS reserves the right to cite and/or summarize any such reports; you will of course receive proper acknowledgment if we use your research results.
- (6) This memorandum does not serve as a price quote or as a guarantee of availability; for more information, please contact WPS Customer Service at (424) 201-8800 or (800) 648-8857 (toll free in U.S. and Canada) Monday through Friday, 7:30am to 4:30pm Pacific.

We look forward to learning of the results of your study.

If you have any questions about the discount conditions, please contact

H.Anexo: Rangos de respuesta obtenidos por las participantes en el instrumento Index of spouse abuse (versión en español).

PREGUNTA	NUNCA FRECUENCIA	%	RARA VEZ FRECUENCIA	%	ALGUNAS VECES FRECUENCIA	%	FRECIENTEMENTE FRECUENCIA	%	MUY FRECUENTEMENTE	%
1	63	77	9	11	7	8	1	1	1	1
2	52	65	14	17	13	16	2	2	0	0
3	61	75	13	16	4	5	3	3	0	0
4	78	96	2	2	0	0	1	1	0	0
5	64	79	9	11	7	8	1	1	0	0
6	49	60	6	7	19	23	6	7	1	1
7	67	82	5	6	7	8	1	1	1	1
8	69	85	10	12	2	2	0	0	0	0
9	64	79	12	14	5	6	0	0	0	0
10	71	87	6	7	3	4	1	1	0	0

PREGUNTA	NUNCA FRECUENCIA	%	RARA VEZ FRECUENCIA	%	ALGUNAS VECES FRECUENCIA	%	FRECIENTEMENTE FRECUENCIA	%	MUY FRECUENTEMENTE FRECUENCIA	%
11	67	82	5	6	6	7	3	3	0	0
12	45	55	7	8	25	30	3	3	1	1
13	78	96	1	1	2	2	0	0	0	0
14	61	75	9	11	8	9	2	2	1	1
15	67	82	7	8	4	5	2	2	1	1
16	76	93	2	2	2	2	1	1	0	0
17	66	81	3	3	5	6	6	7	1	1
18	74	91	4	5	2	2	1	1	0	0
19	65	80	11	13	4	5	1	1	0	0
20	67	82	6	7	7	8	1	1	0	0

PREGUNTA	NUNCA FRECUENCIA	%	RARA VEZ FRECUENCIA	%	ALGUNAS VECES FRECUENCIA	%	FRECUENTEMENTE FRECUENCIA	%	MUY FRECUENTEMENTE FRECUENCIA	%
21	53	65	15	18	10	12	3	3	0	0
22	70	86	7	8	3	3	1	1	0	0
23	64	79	11	13	6	7	1	1	0	0
24	67	82	9	11	3	3	2	2	0	0
25	70	86	9	11	2	2	0	0	0	0
25	66	81	7	8	4	5	4	5	0	0
27	71	87	3	3	3	3	4	5	0	0
28	76	93	1	1	2	2	2	2	0	0
29	74	91	5	6	1	1	1	1	0	0
30	76	93	2	2	1	1	1	1	1	1

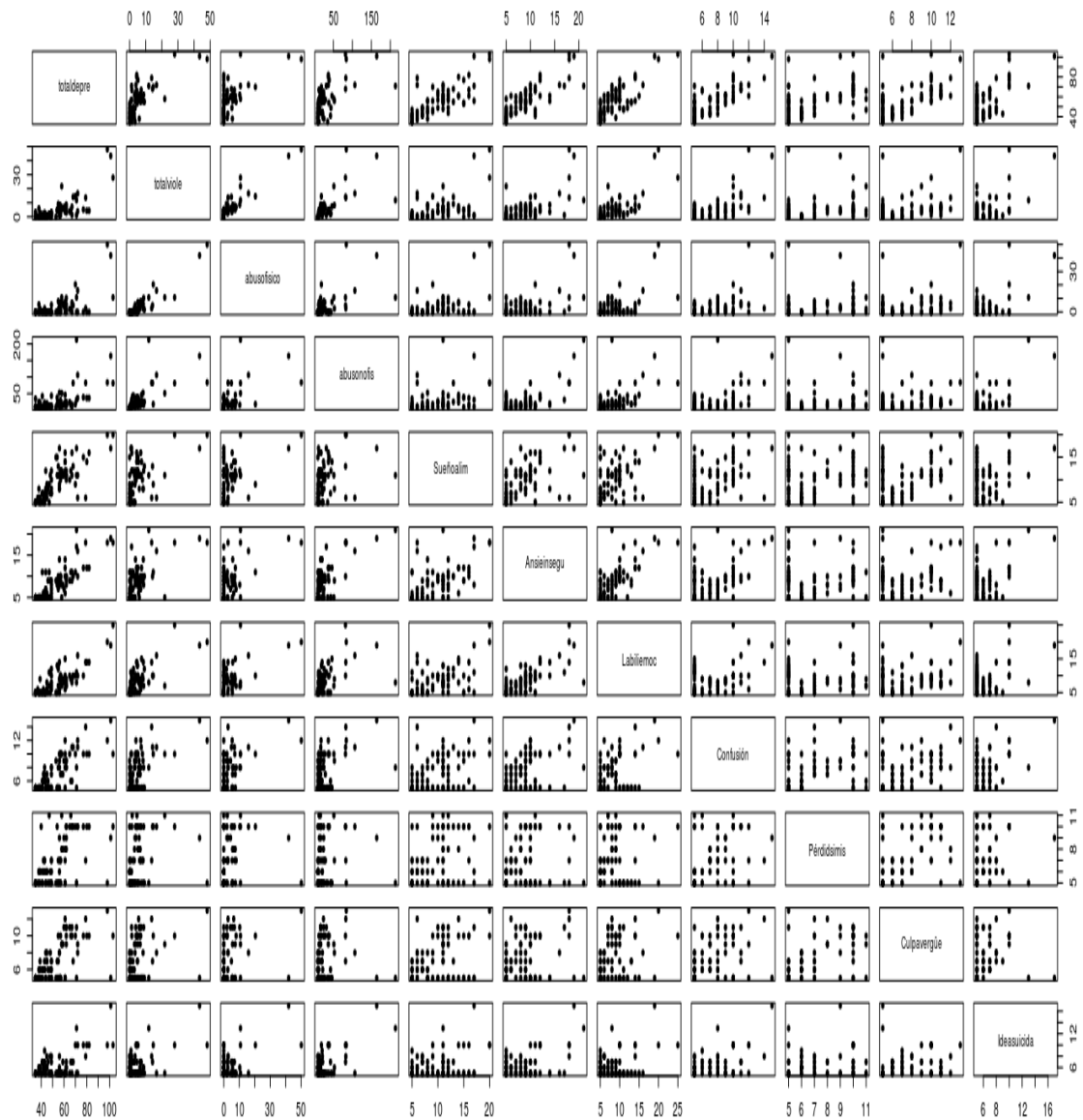
I. Anexo: coeficientes de correlación de Spearman

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN			Violencia de pareja	Depresión posparto	Abuso físico	Abuso no físico
	Violencia de pareja	Coeficiente de correlación	1,000			
		Significancia	.			
	Depresión Posparto	Coeficiente de correlación	,738	1,000		
		Significancia	,000	.		
	Abuso Físico	Coeficiente de correlación	,812	,549	1,000	
		Significancia	,000	,000	.	
	Abuso No físico	Coeficiente de correlación	,853	,650	,564	1,000
		Significancia	,000	,000	,000	.
	N		81	81	81	81

DEPRESION		Total Depresión	Sueño Alimentación	Ansiedad Inseguridad	Labilidad emocional	Confusión mental	Perdida de Si misma	Culpa Vergüen.	Ideas Suicidas
Total Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	,769	,809	,760	,748	,534	,591	,330
	Significancia	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
Sueño Aliment.	Coeficiente de correlación	,769	1,000	,594	,525	,467	,276	,297	,082
	Significancia	,000	.	,000	,000	,000	,006	,004	,233
Ansiedad Inseguridad	Coeficiente de correlación	,809	,594	1,000	,708	,523	,162	,240	,164
	Sig. (unilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,074	,015	,072
Labilidad emocional	Coeficiente de correlación	,760	,525	,708	1,000	,419	,167	,327	,091
	Significancia	,000	,000	,000	.	,000	,068	,001	,210
Confusion mental	Coeficiente de correlación	,748	,467	,523	,419	1,000	,543	,467	,379
	Significancia	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000

Perdida De si misma	Coeficiente de correlación	,534	,276	,162	,167	,543	1,000	,609	,369
	Significancia	,000	,006	,074	,068	,000	.	,000	,000
Culpa y Vergüenza	Coeficiente de correlación	,591	,297	,240	,327	,467	,609	1,000	,443
	Significancia	,000	,004	,015	,001	,000	,000	.	,000
Ideas Suicidas	Coeficiente de correlación	,330	,082	,164	,091	,379	,369	,443	1,000
	Significancia	,001	,233	,072	,210	,000	,000	,000	.
N		81	81	81	81	81	81	81	81

J. Anexo: base de correlaciones utilizadas en la investigación.



Bibliografía

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Proyecto acuerdo 229 de 2011. Por medio del cual se institucionaliza la política de salud materna perinatal en Bogotá y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C. p.1-5.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA. Secretaría de integración social. Plan de atención de la violencia intrafamiliar en el Distrito Capital. Consejo Distrital para la atención de víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual. Bogotá D.C. 24 de enero de 2008, p. 2-23.

ALVARADO, Rubén, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. En: Revista Chilena de neuro psiquiatría. 2000, vol. 38, no. 2. p. 84-93

ARCOS, Estela et al. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. En: Revista Médica de Chile. Santiago de Chile. 2001, vol. 129, no 12. p. 1413-1424.

BADINTER, Elizabeth. ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX. Paidós. Barcelona, 1991. p. 193-194.

BANCO MUNDIAL. Conclusiones foro del día internacional para la eliminación de violencia contra las mujeres. Noviembre 24 de 2000.

BECK, Cheryl Tatano. Maternal Depression and child behaviors problems: a meta analysis. Journal Advanced Nursing. 1999, vol. 29, no. 3. p. 679-678.

BECK, Cheryl Tatano, y GABLE, Robert K. Postpartum Depression Screening Scale. Spanish version. En: Nursing Research. September – October, 2003, vol. 52, no. 5. p. 1-8.

BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 1. The American Journal of Maternal Child Nursing. March-April, 2008, vol. 33, no. 2. p. 121-126.

BECK, Cheryl Tatano. State of Science on Postpartum Depression part 2. The American Journal of Maternal Child Nursing. May – June, 2008, vol. 33, no. 3. p. 151-156.

BLANCO PRIETO, Pilar; RUIZ JARABO, Consuelo; y GARCÍA DE VINUESA, Leonor. La Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres. En: Gaceta Sanitaria. Barcelona. Mayo, 2004, vol. 18. Supl. 1. p. 182-188.

BLINN PYKE, Lynn, et al. Is there a causal, link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature Review. Perspectives on sexual and reproductive health, March – April, 2002, vol. 34, no 2, p. 68- 75.

BOSCH, Esperanza; FERER, Victoria A y ALZAMORA Aina. Capítulo 4: modelos explicativos, letras y cifras. En: El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico prácticas sobre la violencia contra las mujeres. Editorial Anthropos. España, 2006, p. 106-107.

BOY, Angie y SALIHU, Hamiso M. Intimate partner violence and birth outcomes: A systematic review. *International Journal of Fertility womens medicine*. Alabama. 2004. July –August, vol. 49, no.4. p. 159-164.

BRICEÑO MALDONADO, Jorge Luís. Violencia familiar: violencia física y psicológica, problemas, consecuencias y soluciones. p.1-4.

CALDERON CONCHA, Percy. Teoría de conflictos de Johan Galtung. Instituto de la Paz y los Conflictos. *Revista Paz y Conflicto*. 2009 ,no. 2 p. 1-80.

CAMPBELL, Jackelyn. Health Consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. Baltimore. Abril. 2002, vol. 359, no. 9313- 9314, p.1331-1336.

CANAVAL, Gladys Eugenia, et al. Depresión posparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. En: Colombia médica. 2000, vol 3. p. 4-10.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Descripción del comportamiento de la violencia intrafamiliar Colombia 2010. En: Forensis 2010: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2011. p.100-153.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Primer informe sobre violencia, con perspectiva de género. Una contribución para visibilizar el problema de la violencia contra las mujeres en el país. *Forensis Masatugó*. 2004-2008. En: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. Enero, 2009, p. 1-15.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2007. En: Forensis 2007: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2008. p.100-138.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia 2008. En: Forensis 2008: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2009. p.107-150.

CARREÑO SAMANIEGO, Pedro A. Violencia intrafamiliar Colombia, 2009. Niños, niñas, adolescentes y mujeres las víctimas de la violencia intrafamiliar. En: Forensis 2009: datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención, y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2010. p.112-158.

COLL VINENT, Blanca, et al. El personal de salud no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta sanitaria*. Barcelona. 2008. Enero-febrero, vol 22. no.1, p. 7-10.

CORSI, Jorge. Violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. Documento de apoyo. Fundación Mujeres. Capítulo 6: las consecuencias de la violencia doméstica. p.19.

CUEVAS, Sofía, et al. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Instituto Nacional de Salud Pública*. México. 2006, vol. 48. supl. 2. p. 240.

CHAVEZ COURTOIS. Mayra y GONZÁLEZ PACHECO, Itzel. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre- infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología*. México, 2008, vol. 4, no. 1. p. 101-111.

DE CASTRO, Filipa; HINOJOSA AYALA, Nora y HERNANDEZ PRADO Bernardo. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican Adolescents. *Journal and psychosomatic obstetrics & gynecology*. México. December, 2011, vol. 32, no. 4. p. 210- 217.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. Red de promotores de derechos humanos. Mecanismos de protección contra la violencia intrafamiliar. Bogotá. D.C. 2001, p. 61

DE LA ESPRIELLA GUERRERO, Ricardo. Filicidio: una revisión. Revista Colombiana de Psiquiatría. Bogotá D.C. Enero – Marzo, 2006, vol. 35, no. 1, p. 71-84.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Política nacional para la construcción de paz y convivencia haz paz. Documento Compes. Bogotá D.C. Junio. 2000. En: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. "El Derecho del Bienestar Familiar." Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. Última actualización: 30 de noviembre de 2011, p. 1-5.

EL TIEMPO SECCION JUSTICIA. Casos de madres que matan a sus hijos hay dos veces al mes ¿que las lleva a volverse asesinas? En: EL TIEMPO.COM. Junio 20 de 2009. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-5493947>

ESCOBAR, Juan, et al. Depresión postparto. ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. Anales de la Facultad de medicina. Lima, 2009, vol. 70, no. 2, p. 115-118.

ESPINOSA, Lisa, y OSBORNE, Kathryn. Domestic Violence During pregnancy. Implications for practice. Journal of Midwifery & Women Health. Septiembre-Octubre. 2002, vol. 47, no. 5, p. 308-309.

FERNÁNDEZ ALFONSO, María del Carmen, et. al. Consecuencias de la violencia doméstica. En: Violencia Doméstica. Ministerio de sanidad y consumo. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Madrid, 2003. Cap. 5. p. 23.

FIASCARO, María Mercedes. El Filicidio: Un hecho de Violencia Contra la Niñez. V Congreso de psicología jurídica y forense del caribe. Citado por: PALOMAR VERA, Cristina. Maternidad, historia y cultura. Revista estudios de género. La ventana. México, 2005, no. 22, p. 57-59.

FISAS ARMENGOL, Vincent. Cultura de Paz y Gestión de Conflictos. UNESCO. Barcelona - España. Edit. Icaria Noviembre, 1998, p. 229-230.

FISWICK, Nancy; PARKER, Barbara y CAMBELL, Jacquelyn. Capítulo 39. Asistencia de los supervivientes de maltrato y violencia. En: STUART, Gail W y LARAIA Michelle T. Enfermería Psiquiátrica: Principios y práctica., Octava edición. Madrid. Elsevier – Mosby, 2006 p. 809.

GAVIRIA A, Silvia Lucía. Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009, vol. 38, no. 2, p. 316-324.

GLASS, Nancy, et al. Capítulo 23: Ending violence against women. Essential to global health and human rights. En: PARKER, Richard y SOMMER, Marni. Routhledge handbook in global public health. New York. Routhledge. 2011. p. 236-242.

GOBIERNO DE CHILE SERNAM: Detección, análisis y Prevalencia de la violencia intrafamiliar en la región de los lagos. En: Documento de trabajo. Chile. Enero, 2009, no 106, p. 1-10.

GÓMEZ AYALA, Adela Emilia. Depresión en el Embarazo y el Postparto: Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. OFFARM. Enero, 2007, vol. 26, no. 1, p. 46-48.

GUIJARRO, Susana, et al. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. Journal of Adolescent Health. Ecuador. Agosto, 1999, vol 25, no. 2. p. 166-172.

HEISE, Lori; ELLISBERG, Mary y GOTTEMOELLER, Megan. Ending violence against women. Population reports. John Hopkins University school of public health. En: Issues in world Health. December, 1999. Series L, no. 11, vol. 27, no. 4, p. 8-38.

HUDSON, Walter y MCINTOSH, Sally Raw. Index of spouse Abuse (ISA): Two quantifiable dimensions. En: Journal of Marriage and the family. November, 1981, vol.43, no.4.p.873-885.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007: Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención, de lesiones de causa externa en Colombia. Bogotá - Colombia 2008, p.97-110.

JADRESIC M, Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. En: Revista chilena de neuro psiquiatría. 2010, vol.48, no. 4. p. 269-278.

JARAMILLO, Diva Estella, et al. Medición del diestrés psicológico en mujeres maltratadas. Medellín. Colombia médica. Abril –Junio, 2006,vol 37, no. 2 ,p.134.

JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. En: Lancet. Abril.2002.no. 359. p. 1423- 1429

KALINSKY, Beatriz. El filicidio: algunos recaudos conceptuales. Nómadas. Revista Crítica de ciencias sociales y jurídicas. Madrid-España. Julio – Diciembre 2007, no. 16, p.10.

KLEVENS, Joanne. Violencia física contra la mujer en Santafé de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Secretaría Distrital de Salud. Santafé de Bogotá D.C.En: Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 9, no.2, p. 78-83.

KRUNG, Etienne G ,et al. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva. 2002. Cap.4.p.87-113.

KUMAR, R y ROBSON, K.A prospective study of emotional disorders in child bearing women.Citadopor HOWARD, L, et al. Antidepressant prevention of postnatal depression (review).The Cochrane Collaboration. Published By John Wiley & Sons, Ltda .Jan.2009, p.14.

LAM, Nelly, et al. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista peruana de epidemiología. Lima. Diciembre, 2008,vol. 12,no.3.p.1-8.

LATORRE LATORRE, José Fidel et al., La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.2006, vol. 57, no.3, p.156-162.

LAZENBATT, Anne; THOMPSON, Lyn y MC MURRAY, Frances. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives, attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. Midwifery. Diciembre. 2005, vol.21,no.4.p.322-334.

LILA, Marisol y GRACIA, Enrique. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. En: Revista médica de Chile. Chile. Marzo, 2008, vol. 136, no. 3, p. 394-400.

LÓPEZ, Sandra M; GÓMEZ SÁNCHEZ, Pío Iván y ARÉVALO RODRÍGUEZ, Ingrid. Violencia contra la mujer. Análisis en el instituto Materno infantil de Bogotá -Colombia 2005: Estudio de corte transversal. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. Enero-Marzo, 2008, vol. 59, no 1.p.10-19.

LUNA MATOS, Matilde Lena; SALINAS PIELAGO, Joel y LUNA FIGUEROA, Antonio. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno de Lima, Perú. En: Revista Panamericana de Salud Pública. 2009, vol. 26, no. 4. p.310-314.

MACMILLAN HL; et al. Approaches screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. The Journal of the American Medical Association. August, 2006,vol.296, no. 5,p. 530-536.

MAEVE, M Katherine. Capítulo 34. CherylTatano Beck: Teoría de la depresión posparto. En: MARRINER TOMEY, A y ALLIGOOG, M R. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. ElsevierMosby. España, 2007. p. 747-765.

MALDONADO DURAN, Jesús Martín, y FEINTUCH, Margot. Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. En: Revista de Perinatología y Reproducción Humana. Enero-Marzo, 2001, vol. 15, no. 1. p.31-41.

MALDONADO DURÁN, Jesús Martín; LARTIGUE, Teresa y LECANNELIER, Felipe. Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal. Perinatología y Reproducción Humana. Enero -Marzo, 2008, no. 22.p .47-57.

MALDONADO DURAN, Jesús Martín y LECANNELIER, Felipe. El papel del padre en la etapa perinatal. En: MALDONADO DURAN, J Martín. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la Salud. Washington, D.C. 2011, p.49.
MARTINEZ LANZ, Patricia y WAYSEL K, Romano. Depresión en adolescentes embarazadas. En: Enseñanza e investigación en psicología. Universidad Veracruzana de México. Julio-diciembre, 2009, vol.14, no.2. p.261-274.

MATUD AZNAR, María Pilar. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. En: Psicothema. Universidad de la laguna. 2004, vol.16, no.3, p.397-401.

MC FARLANE Judith, et al. Abuse during Pregnancy. En: Journal of the American medical association. Junio, 1992, vol. 267, no.23. p. 3176-3178.

MC FARLANE, Judith; PARKER, Bárbara y SOEKEN, Kristen. Abuse during pregnancy: association with maternal health, and infant birth weight. En: Nurse Research 1996, vol.45, no. 1. p.37-42.

MEDINA MEZA, Diana Patricia, et al. La violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Universidad de Antioquia. Hospital San Vicente de Paúl. Investigación y educación en enfermería. Medellín. Marzo, 2001, vol.19, no.1. p.18-25.

MEIGHAN, Molly. Capítulo 27. Ramona Mercer: Adopción del rol maternal-convertirse en madre. En: MARRINER TOMEY, A y ALLIGOOG, M. Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. España. Elsevier Mosby, 2007. p 609-625.
MEIGHAN, Molly. Ibid. p. 612-615.

MEZEY, Gillian, et al. Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of child bearing women. En: International Journal of Obstetrics and Gynecology. February, 2005, vol.112 .p. 197-204.

MOLINA, María Elisa. Transformaciones Históricas Culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. En: Psykhe. Noviembre, 2006, vol. 15, no.2. p. 93-103.

MORALES, C. L y REICHENHEIM, M. E. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Brasil. December, 2002, vol.79, issue 3. p.269-277.

MORENO ROJAS, Alberto. Mujer, Embarazo y Violencia. Síndrome de maltrato en la mujer embarazada. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá D.C. 1996. Cap. 45, vol. 47, no. 2. p.87-91. 2001.

MUÑOZ CHEREAU, Bernardita, et al. Una perspectiva integradora de embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. En: Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2001. vol. 10, p. 21-34.

MURPHY, Claire, et al. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. Mayo, 2001, vol. 164, no.11. p.1567-1572.

NUÑEZ RIVAS, Hilda Patricia, et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington D.C. Agosto, 2003, vol.14, no.2 .p.75-83.

OREJANEDA SERRANO, Silvia Juliana. Trastornos afectivos posparto. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina. Bucaramanga - Colombia. Julio. 2004. p.135.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Informe compendiado. Fundación Victoria y universidad de Melbourne. Ginebra. 2004, p.28-46.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución 49.25, (Mayo 25 de 1996). 49^a Asamblea Mundial de la Salud. Sexta sesión plenaria sobre prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. p.1-2.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. Qué pueden hacer los trabajadores de la salud. Junio de 1998. p.7.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. Septiembre 4 al 15. 1995. p.51.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (18 de diciembre de 1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. p.1-13.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (20 de diciembre de 1993). Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer. p.1-5.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La violencia contra las mujeres. Responde el sector salud. Capítulo 1: la violencia basada en género. Un problema de salud Pública y de derechos humanos. Washington D.C. 2003, no. 12, p. 4-7.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C, 2003. p.95-124.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de salud de la mujer de la OMS. Violencia contra la mujer. Cap. 2. Violencia contra la mujer en las familias. Junio, 1998. P.9-10.

ORTIZ SERRANO, Ricardo, et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. En: Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Agosto, 2005, vol. 8, no.2, p. 71-77.

PAEZ CUNA, Lisett. La violencia de género: una sistematización técnico, jurídica. Biblioteca virtual de derecho, economía y ciencias sociales. Universidad de Málaga. 2011, p. 1-70.

PÉREZ RODRÍGUEZ, María del Rosario; LÓPEZ NAVARRETE, Gloria Elena y LEÓN LÓPEZ, Araceli. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. En: Acta Pediátrica de México. 2008, vol.29, no.5. p.268.

PICK, Susan, et al. Violencia doméstica: Un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. 1998. p.8-9.

PONTECORVO, Carla, et al. Violencia doméstica contra la Mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. En: Fundación Revista Medicina. Buenos Aires. Noviembre –diciembre, 2004, vol.64, no 6. p.492-496.

POPE, Lucille & FERRARO Kathleen. The Duluth Power and Control Model. p.1-15. Disponible en: http://www.vawresources.org/index_files/powercontrolmodel.pdf

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá D.C. 2010. Capítulo 13: Violencia contra las mujeres. p.361-398.

PROVOSTE, Patricia. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile. Naciones Unidas. CEPAL serie mujer y desarrollo. Chile. Abril, 2007, no 85 p.40.

QUELOPANA, Ana María y CHAMPION, Jane Dimmitt. Validación del cuestionario postpartumDepressionscreeningscale versión en español en mujeres de Arica, Chile. 2010. Ciencia y enfermería.vol.15.no.1,p. 38.

RACHANA, Chibber, et al. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy.European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.June, 2002, vol. 103.no.1. p. 26-29.

RAMÍREZ RODRÍGUEZ Juan C y PATIÑO GUERRA, María C. Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. En: Salud Mental. 1997,vol. 20, no. 2, p. 6.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Nueva edición de ortografía de la lengua española 2010.

REID, Vanessa y MIKKI MEADOWS, Oliver M. Postpartum Depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. Child and family Agency of Southeastern Connecticut, New, London, USA. Journal pediatric Health Care. September –October, 2007,vol.21, no. 5,p. 289-98.

REPUBLICA DE COLOMBIA.Constitución Política de Colombia. Título II. Artículo 42. De los derechos sociales, económicos y culturales.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 294 de 1996. (julio 16). Diario oficial. No 42836, de 22 de julio de 1996. Título I al VI.

Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la constitución Política y se dictan normas , para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 575 de 2000 (febrero 9).En Diario Oficial No.43889. de 11 de febrero de 2000.Artículo 1 al 14.por medio del cual se reforma parcialmente la ley 294 de 1996.

RESTREPO, Olga Lucía. Guías para la detección, evaluación, atención y seguimiento a personas y familias o espectadores de violencia intrafamiliar desde instituciones prestadoras de servicios de salud. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.2006,p. 16.

RODRIGUEZ BOLAÑOS, Rosibel; MARQUEZ SERRANO, Margarita y KAGEYAMA ESCOBAR, María de la Luz. Violencia de Género: actitud y conocimiento del personal de salud, de Nicaragua. Salud Pública. México. 2005, no. 47,p.134-144.

RODRIGUEZ, Michael A, et al.Intimatepartnerviolence, depresión, and PTSD, amongpregnant latina women. Annals of family medicine. January – February, 2008, vol. 6, no. 1, p.44-52.

RODRÍGUEZ Y, Claudia.Homicidios de menores a manos de sus madres, ¿Altruismo, sevicia, patología mental o social? Posibles explicaciones desde la patología forense. Congreso de Psicología Jurídica y Forense del Caribe. Universidad Central de Venezuela.Octubre.8.9 y 10 de 2009.

RUÍZ PÉREZ, Isabel, et al. Adaptación española del instrumento Index of spouse abuse (índice de abuso de pareja) . Unidad de apoyo a la investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública, para el Observatorio de la salud de la mujer. España, 2007.p. 3-41.

RUIZ PÉREZ, Isabel; BLANCO PRIETO, Pilar y VIVES CASES, Carmen. Violencia contra la Mujer en la pareja, determinantes y respuestas socio sanitarias. En Gaceta sanitaria. Mayo, 2004, vol. 18. Supl.2.p.4-12.

RUIZ PÉREZ, Isabel. Módulo 3.Violencia contra la mujer y salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de formación de formadores en perspectiva de género en salud.p.1-20.

RYNERSON, Bárbara C. Capítulo 8. Violencia contra las mujeres. En: LOWDERMILK, Deitra, et al. *Enfermería materno infantil*. España. Editorial Harcourt-Océano, 2001. p. 1272.

SARKAR, N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008, vol. 28, no. 3, p. 266-271.

SALETTI CUESTA, Lorena. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. En: *Clepsydra* 7. Enero, 2008. p. 169 – 183.

SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER CHILE. Centro de análisis de políticas públicas de la Universidad de Chile. Detección y análisis de la violencia intrafamiliar en la región Metropolitana y la Araucaria. Santiago de Chile. 2002. p. 3-45.

SHARP, Phyllis W; LAUGHOM, Kathryn y GIANGRANDE, Sandra. Intimate Partner Violence and the Childbearing Year Maternal and Infant Health Consequences. *Trauma, violence, abuse*. April, 2007, vol. 8, no. 2. p. 105-18.

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FORENSES. Boletín estadístico mensual. Centro de referencia nacional sobre violencia: Violencia intrafamiliar. Centro de referencia nacional sobre violencia. En: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Diciembre de 2011. Bogotá. Enero, 2012, p. 10 - 13.

TREJO LUCERO, Humberto, et al. Depresión en Adolescentes que acuden a un hospital Perinatal. En: *Revista Mexicana de Pediatría*. México. Enero - febrero. 2009, vol. 76, no. 1. p. 9-12.

THOMPSON, M.P; BASILE, KC; HERTZ, MF y SITTERLE, D. Measuring Intimate Partner Violence, Victimization and Perpetration: A compendium of assessment Tools. Center for Disease control and Prevention. Atlanta. 2007. p. 18-22.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Centro de investigación innocentí. La violencia Doméstica Contra mujeres y niñas. no. 6. p. 30.

VAIZ BONIFAZ, Rosa G y SPANO NAKANO, Ana Marcia. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja: perspectivas de la mujer maltratada. En: *Revista latinoamericana enfermagen*. Marzo- abril, 2004, vol. 12, número especial. p. 433-438.

VALDEZ SANTIAGO, Rosario; ARENAS MONREAL, Luz y HERNÁNDEZ, Isabel. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Enero-febrero, 2004, vol. 46, no. 1. p. 59.

VALDES SANTIAGO, Rosario y SANIN AGUIRRE, Luz E. La violencia doméstica en el embarazo y su relación con el peso al nacer. En: *Salud Pública de México*. México. 1996, vol. 38, no. 005. p. 352.

VALDIVIA, Mazurella y MOLINA, Martha. Factores Psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. En: *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 2003, vol. 12, no. 2. p. 85-109.

VALENZUELA PÉREZ, Susana. Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la mujer gestante y su producto. Tesis de Maestría en ciencias médicas. Universidad de Colima. Facultad de medicina. México. Noviembre, 2004, p. 5.

VARGAS, Raquel y ARIZA, Gladys. Representaciones Sociales de la Violencia Intrafamiliar en la Prensa Colombiana. En: *FORENSIS* 2007. Artículos Complementarios. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C. 2007. p. 315-321.

VELASCO, Sara; RUIZ, María Teresa y ÁLVAREZ DARDET, Álvaro. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Revista Española de Salud Pública*. Madrid. Julio – Agosto, 2006, vol. 80, no. 4, p. 317-333.

VLADISNAVOVNA SVETLANA, Doubova, et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas de la ciudad de México. Sao Paulo. *Revista Saúde Pública*. Agosto, 2007, vol. 41, no. 4. p. 582-590.

WALSH, Deborah. The Hidden Experience of violence during pregnancy: a study of 400 pregnant Australian women. Australian Journal of primary Health. Abril. 2008,vol. 14, no 1, p. 97-104.

WOMENS HEALTH Y EDUCATION CENTER.(centro para la salud y atención de las mujeres).Boletín de la práctica clínica y directrices de gestión de los proveedores de atención médica. La violencia doméstica durante el embarazo. Octubre 14, 2009, p.2.

YING, Lau y CHAN, Kin Sin. Influence of Intimate Partner Violence during pregnancy breastfeeding among chinese women in Hong Kong .Journal & women Health. March, 2007, vol .52, no. 2, p .15-20.

ZAPATA, Leonor. Repercusiones de la violencia basada en el género sobre el embarazo.En: Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Caracas,2006,Vol.66,no.1, p.13-20.